MIHAI ȘELARU

NEVROZA OBSESIV-COMPULSIVĂ

EDITURA DOSOFTEI
IAȘI

MIHAI ŞELARU
Profesor de Phihiatrie la Universitatea
de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa"
Iaşi

NEVROZA OBSESIV-COMPULSIVĂ

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2819
Biblioteca Personală

EDITURA DOSOFTEI
IAŞI
- 1997 -

Cuvânt înainte

După ani îndelungi de studiu şi de practică medicală în domeniul psihiatriei, autorul acestei lucrări, încearcă sentimentul copleşitor că a abordat un subiect de o maximă dificultate ale cărei surse vin din mai multe direcţii. În primul rând cei care au scris despre nevroza obsesiv-compulsivă au rămas în istoria culturii universale şi de aceea scrierile înaintaşilor nu puteau fi ignorate sub nici o formă. „Ştiinţa este fiica timpului" scria unul dintre reprezentanţii psihiatriei, dar ea este fiica nu numai a timpului prezent, ci a tuturor timpurilor. Aceasta justifică recursul nostru constant la literatura clasică şi această afirmaţie este valabilă nu numai pentru studiul nostru prezent. Pe de altă parte s-au acumulat numeroase date noi despre nevroza obsesiv-compulsivă ca şi despre alte tulburări psihice şi care se cuveneau a fi integrate unitar, în măsura în care le-am înţeles şi considerat ca relevante din punctul nostru de vedere. Incomparabil cu mult mai dificil ne-a fost demersul de a încerca să găsim acel nucleu conceptual comun spre care confluiază diferitele concepte, concepţii, opinii, teorii despre nevroza obsesiv-compulsivă. Tentativa de a reuni diversele opinii într-un ansamblu conceptual, mai mult sau mai puţin coerent, ne-am asumat-o cu toate riscurile pe care le implică orice astfel de demers. Sentimentul cel mai sigur pe care autorul îl trăieşte în ce priveşte cele scrise, este cel care caracterizează atitudinea psihastenicului şi anume sentimentul incompletitudinii. De altfel în ştiinţă, şi în particular în ştiinţa despre om şi despre condiţia umană, autorul este convins că nimeni nu poate trăi sentimentul completitudinii dacă se apreciază cu severitate.

Cu aceste gânduri ne adresăm tuturor celor ce vor avea bunăvoinţa să citească cele ce au fost crise.

În fine, dar nu şi în ultimul rând, ne exprimăm cele mai calde sentimente de recunoştinţă şi de afectuoasă preţuire personalităţilor care ne-au susţinut cu generozitate deosebită în apariţia volumului de faţă: Dl. Ing. Iulian Valentin Vîscu - Director S.C. „Izoterm" - Iaşi şi domnii Munteanu Veniamin şi Nae Ion - Directori ai S.C. „Antibiotice" S.A. Iaşi.

Prof. Dr. M. Şelaru

CUPRINS

Cuvânt înainte
1. Dispoziţia obsedantă 5
2. Intuiţiile obsesive. 7
3. Reprezentările obsesive. 9
4. Clinica fenomenelor obsesive. 14
5. Imaginaţie şi obsesie. 17
6. Concepţii privind manifestările obsesiv-compulsive. 19
7. P. Janet despre fenomenele obsesiv-compulsive. 24
8. S. Freud despre „Nevroza obsesiv-compulsivă (Psihastenia lui P. Janet)" 30
9. Alte opinii despre fenomenul obsesiv-compulsiv. 37
10. Obsesiile fobice, emotive sau obsesiile concrete (senzoriale) 40
11. Fobiile obsesive. 43
12. Ereutofobia. 46
13. Obsesiile ideative. 50
14. Îndoielile obsesive. 52
15. Amintirile obsesive. 56
16. Ruminaţiile obsesive. 59
17. Sentimentul absenţei realităţii şi pierderea funcţiei realului. . 63
18. Sentimentul de neîmplinire sau de incompletitudine. 68
19. Scrupulul obsedant (fobia scrupulului). 72
20. Ideile obsesive contrastante. 73
21. Onomatomania. 74
22. Aritmomania. 74
23. Tematicile obsesive. 75
23.1. Temele religioase, sacre, metafizice. 75
23.2. Temele morale. 76
23.3. Temele de puritate şi de protecţie corporală. 76
23.4. Temele de protecţie faţă de pericolele exterioare. 77
23.5. Temele de ordine şi simetrie. 77
23.6. Temele de precizie şi completitudine. 78
23.7. Temele privind curgerea timpului. 79
23.8. Temele (ideile) obsesive de contrast. 79
23.9. Ideile obsedante polimorfe. 79
24. Tendinţele şi acţiunile obsesive. 80
25. Compulsia. 80
26. Obsesia compulsivă şi impulsivă. 82
27. Obsesiile impulsive la crimă. 84
28. Obsesiile impulsive sexuale. 87
29. Remuşcările obsesive. 88

30. Obsesiile impulsive de sacrilegiu şi blasfemie. 88
31. Obsesiile impulsive verbale. 91
32. Ritualurile obsesiv-compulsive. 98
32.1. Ritualul îmbrăcării. 99
32.2. Ritualul spălării şi verificărilor. 99
32.3. Ritualul obsesiv-compulsiv propriu-zis. 100
33. Trăsăturile clinice particulare obsesiilor. 104
34. Epidemiologia tulburărilor obsesiv-compulsive. 110
35. O posibilă etiopatogenie a nevrozei obsesiv-compulsive. . . 114
36. Diagnosticul diferenţial al nevrozei obsesiv-compulsive
în raport cu sindroamele obsesionale simptomatice. 144
37.1. Obsesie şi melancolie. 144
37.2. Obsesie şi schizofrenie. 146
37.3. Obsesie şi epilepsie. 149
37.4. Obsesia şi encefalitele. 150
38. Personalitatea obsesională (anancastă). 152
39. Caracterul anal. 160
40. Personalitatea psihastenică. 163
41. Anexa I. „Nebunia îndoielii (cu delirul de contact)"
de Legrande de Saulle (1875) 176
42. Jules Falret - Discuţie asupra nebuniei raţionale. 182
43. Anexa II. Tulburarea obsesiv-compulsivă - DSM-III-R. . . . 186
44. Anexa III. Tulburarea obsesiv-compulsivă ICD-10. 189
45. Bibliografie. 192

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2819
Biblioteca Personală

Dispoziţia obsedantă

Dispoziţia obsedantă - premerge oricărei organizări obsesionale, ea este anterioară reprezentării obsesive, ca şi intuiţiei sau ideii obsesive. Dispoziţia obsedantă corespunde unei stări afective difuze şi este consecinţa unui teren constituţional fragil, nespecific, bază a unui "psihism deranjat" (Binder). Această dispoziţie are caracter anxios, difuz, constrângător, neplăcut, perseverent, neliniştit, la care participă dominant şi constelativ structuri conflictuale instinctiv-afective emoţionale primare, de natură internă, motivaţii inconştiente arhi- şi paleo-psihice, ca şi de natură noogenetică, cu perturbare şi participare cenestezică difuză intero-, extero- şi proprioceptivă. Toate acestea domină difuz, anxios şi subconştient personalitatea, conferindu-i o stare de tensionare tenace, ciudată, rece, indispozantă, contradictorie, oscilant polară, care creează starea de nelinişte şi anxietate, stagnantă şi perturbatoare, cu oscilaţii în sens ascendent şi descendent, împotriva cărora pacientul luptă fără a fi în stare s-o învingă. Caracterul străin şi nemotivat, polar şi contrastant, este în opoziţie cu structura afectivă bazală obişnuită a bolnavului. Această dispoziţie obsesivă îl surprinde neliniştit pe bolnav prin asedierea tiranică, conflictuală asupra psihicului său copleşit de tenacitatea dominantei obsesive inconştiente contradictorii de care nu poate scăpa cu toate eforturile pe care le mobilizează. Tensiunea dominantă a dispoziţiei difuze obsesive este resimţită ca străină eului, deşi porneşte din interiorul propriei personalităţi şi în contradicţie cu dinamogenia obişnuită ideo-afectivă. Ceea ce reţine atenţia în cadrul organizării dominante a dispoziţiei obsedante este nu numai intensa şi durabila retenţie afectivă, rezistenţa şi persistenţa acestei stări tensionale emoţionale anxioase, dar şi o orientare neaşteptată a conduitei ca urmare a punerii în tensiune anticipativă de lucru a unor alte întregi constelaţii de centri subdominanţi cu polaritate şi orientare contradictorie şi conflictuală, ceea ce va determina ca la aceeaşi excitaţie să apară reacţii şi înţelesuri timice diferite, cu antagonisme numeroase, contradictorii şi nedefinite între acceptarea şi amânarea unor soluţii liniştitoare.

Apariţia dispoziţiei obsesive este favorizată de condiţiile negative care determină variaţiile tensiunii psihologice şi îndeosebi graţie unor contrarietăţi, conflicte psihologice variabile conştiente şi inconştiente, afecţiuni organice diverse, stări de surmenaj, puerperalitate, alăptare, suprasolicitare, şocuri afective etc., în cazul unor subiecţi marcaţi de o imaturitate biopsihologică subjacentă constituţională şi îndeosebi dobândită. Căderea tensiunii psihologice, cu diminuarea controlului rigid asupra conţinuturilor şi înţelesurilor timice superioare asupra structurilor primare biopsihice, de tip arhi- şi paleo-psihic, duce la marea derută anxioasă, perturbări instinctive, vegetative, endocrine etc., la nesiguranţa intensă de sine, la acceptarea probabilităţii ca posibilitate iminentă, permiţând totodată, în condiţii dominante paradoxale cu structurare hipnoidă, apariţia unor cupluri polare dinamice, alternante sau cu manifestare simultană paradoxală sau ultraparadoxală de frică, simpatie şi de egofobie, ostilitate şi

acceptare, prietenie şi duşmănie etc., stări, structuri, gânduri sau concepte contrastante în care nu apare simultan convingerea şi totodată se instalează îndoiala. Toate acestea determină, ca trăire subiectivă, subliminară nivelului de integrare conştientă, o stare de disperare anxioasă de care pacientul nu se poate debarasa, cu toate eforturile de voinţă pe care le mobilizează şi cu toată lupta acerbă şi fără rezultate, la care bolnavul participă cu întreaga sa personalitate. Toate cele de mai sus şi îndeosebi anxietatea şi înţelesurile timice nedefinite preced instalarea obsesiei.

Pe de altă parte, supratensionarea anxioasă a dispoziţiei grăbeşte şi intensifică relaţiile şi înţelesurile nebuloase, vagi, accentuează şi stimulează, în absenţa informaţiei, căutarea unor noi informaţii care să compenseze nesiguranţa, trăirile contradictorii, fără a se ajunge la un echilibru optimal emoţional, totuşi. De aici căutările, alternativele, în care nu logica raţională ci logica naturală este cea care decide asupra opţiunilor şi mai ales trăirea afectiv-obsesivă care-l constrânge la soluţii provizorii, lipsite de finalitate şi grevate de o mare mobilitate, în care cauzalitatea riguroasă se află sub semnul contradicţiilor dintre vagul conştientizat şi neconştientizat, dintre trăirea subiectivă nesigură şi incapacitatea de a realiza echilibrul intrapsihic ca stimulator al unei soluţii optimale de rezolvare a dispoziţiei difuze, asediante, obsesive. Emoţia şi îndeosebi, starea anxioasă perturbă selectivitatea şi controlul conştient asupra presiunii structurilor psihice primare, protopsihice, ca şi asupra celor raţionale, noogenetice, în rezolvarea stărilor conflictuale intrapsihice şi de aici, tensionarea afectivă particulară, "pruriginoasă", conflictuală, instabilă, între ce ne dictează conştiinţa şi condiţiile negative, în alegerea mijloacelor şi a momentului de punere în tensiune a operaţiunilor optimale, a ezitărilor în instituirea deciziei şi în amânarea ei, a conflictului dintre rezistenţa scăzută şi obstacolul ce se ridică ameninţător şi insolubil în faţa unor soluţionări raţionale, în condiţiile presiunilor compulsive a ciclurilor alternativ-obsesive de o complexitate crescândă, care apar alternativ şi cu mare intensitate în condiţiile căderii tensiunii psihologice. De aici trăirea subiectivă anxioasă a fenomenului obsesiv simultan ca stare difuză, labilă, cu caracter aversiv de respingere şi de atragere, de neplăcere şi nelinişte, de nelinişte când forţa procesului obsesiv este intensă, şi de plăcere - neplăcere, de destindere şi uşurare când, pentru scurt timp, este suspendat asaltul incomod şi nedefinit asupra conştiinţei afective individuale angoasate. Dispoziţia afectivă, prin caracterul ei anxios şi difuz, sporind în intensitate, creşte tensiunile conflictuale dar scade totuşi în ce priveşte extensia câmpului afectiv şi invers, atunci când creşte extensiunea câmpului afectiv, scade intensitatea sa şi respectiv scade tensiunea psihologică, proces fazic atât de frecvent întâlnit în dinamica clinică a fenomenologiei obsesiv-compulsive ce caracterizează gândirea interioară a acestor bolnavi. Din cele de mai sus se înţelege de ce Morel denumea obsesia cu termenul de "delir emotiv".

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2819
Biblioteca Personală

Intuiţiile obsesive

Se cunoaşte că fenomenele obsesive survin în mod obişnuit pe fondul premorbid al unei personalităţi emotiv-senzitive, aşa cum a fost ea descrisă de E. Kretschmer. Senzitivul este scrupulos, hiperemotiv, hipersensibil, neîncrezător şi susceptibil, uşor vulnerabil însă incapabil de a-şi exterioriza semtimentele profunde, timid şi nesigur, culpabil şi repliat pe sine însuşi, ultraconştiincios şi egofob, cu conştiinţa morală rigidă, cu scăderea pragului de receptivitate afectiv-senzorială pentru ceea ce este problematic şi nesigur, dublat de o mare capacitate de retenţie afectivă şi de prelucrare, introvertit. Durata mare a emoţiilor, duce la adâncirea acestora şi la îngustarea câmpului lor, ceea ce face ca subiectul să fie pedant, lipsit de plasticitate, cu tendinţă la organizări stabile, inerte ideo-afectiv, cu dominante polare anxioase sau angoasante, între care oscilează cu o nevoie de precizie, tensionată până la rigiditate sau până la absurd şi cu dezbateri oscilante intrapsihice interminabile, grevate de nesiguranţă şi îndoială chinuitoare, de unde şi scrupulul religios, verificările irepresibile, teama de a nu fi greşit faţă de cineva etc.

Pe acest teren vulnerabil şi anxios apar manifestările obsesive sau procesele obsesionale, "Intuiţiile obsesionale - scrie K. Schneider - îi surprind adesea de o manieră frudoiantă, frecvent declanşate printr-un cuvânt şi adesea, printr-un acces de angoasă ce se însoţeşte de senzaţii corporale (vertije, palpitaţii cardiace)" (K. Schneider). *Psychopatologie clinique* - Ed. Nauwelaerts-Louvain - Paris, 1957, pag. 25).

Intuiţiile obsesionale puternic încărcate de angoasă survin brusc, emergentiv din straturile profunde arhi- şi paleo-psihice, din dispoziţia chinuitoare obsesivă, difuză, imprecisă, oferită de sinteza stimulărilor inconştient integrate, intero-, proprio- şi exteroceptive. Pe acest fond de dispoziţie neliniştită, anxioasă, asediatoare, de constrângere atematică, difuză, neclară, imprecisă, caracteristic persoanelor timorate, apar inconştient şi involuntar după o criză anxioasă invadând câmpul conştiinţei, intuiţiile obsesive, cărora bolnavul le recunoaşte sau mai corect le presimte originea lor internă subiectivă, spre deosebire de delirant, care le atribuie ca sursă genetică, exteriorului. Aceasta face ca intuiţia obsesivă să nu poată fi considerată ca un semn de psihoză.

Desigur că intuiţia obsesivă nu se poate separa de percepţia mediului interior şi a celui exterior, de semnificaţiile anticipative nonconştiente ce se acordă acestor fenomene perceptive. În acelaşi timp, intuiţia obsesivă se află în relaţie de interdependenţă funcţională intrapsihică cu reprezentarea obsesivă, precum şi cu dispoziţia obsesivă, intuiţia obsesivă deosebindu-se de intuiţia delirantă prin trăsătura esenţială că nu i se acordă, în cazul obsesiei, o *semnificaţie anormală*, cu condiţia păstrării integre a capacităţii de discernământ a conştiinţei. Din acest punct de vedere, intuiţiile obsesive fiind corelate percepţiilor sunt cu mult mai frecvent întâlnite în clinică decât reprezentările obsesive. De remarcat totodată că reprezentările obsesive - care se corelează strâns cu imaginaţia creatoare angoasată şi cu procesele mnezice de evocare tensionate afectiv

negativ - se întâlnesc mai rar ca veritabile reprezentări, iar atunci când apar, au îndeosebi caracterul unor reprezentări obsesive, predominant vizuale, intrapsihice şi în plan subiectiv considerate ca aparţinând persoanei respective şi venind din interiorul său recunoscându-le totodată caracterul lor străin şi straniu, dar neatribuit ca origine exteriorului.

"Intuiţiile obsesive - scrie K. Schneider - corespund sentimentului durabil de culpabilitate şi de insuficienţă a unei personalităţi timorate. Există oameni care, în cursul vieţii lor, trăiesc toate plăcerile care li se oferă, fără o conştiinţă tensionată; subiecţii timoraţi excesiv nu au nici o plăcere în viaţă şi totuşi, au totdeauna o conştiinţă neplăcută. Aceşti oameni trăiesc într-o angoasă perpetuă de a fi ratat unele lucruri sau de a fi cauzat un oarecare rău sau, într-o manieră generală, ei se tem că ceva nu merge. Aparent, această angoasă îşi trage conţinuturile sale din prima ocazie sosită: melodia îşi găseşte cuvintele. Se poate întâlni într-o zi un asemenea obsedat, foarte angoasat şi răvăşit: întrebându-l pentru a şti ceea ce el are nou a-şi reproşa, el răspunde: "precis, nu ştiu încă". Se poate situa aici angoasa de o nenorocire, angoasa de responsabilitate şi de culpabilitate, care se pot accentua până la alterarea amintirilor; scrupulele confesiunii aparţin acestei categorii. Aceştia... sunt oameni care sunt opuşi unei "conştiinţe robuste". Se poate, *într-o oarecare măsură*, înţelege că timoraţii au adesea intuiţii obsesionale, dar nu se poate cunoaşte *pe care* ei le vor avea" (K. Schneider -op.cit. - pag. 26). Cunoaştem doar înţelesul timetic negativ în general ce apare pe acest teren de "personalităţi timorate".

Intuiţiile obsedante, spre seosebire de intuiţiile delirante, au un conţinut nealienant, bolnavii le recunosc că acestea le aparţin psihicului lor, sunt recunoscute ca atare şi nu sunt considerate, ca în cazul intuiţiilor delirante, ca venind din exterior, deşi în ambele cazuri ele au apărut brusc, ca o inspiraţie, fără a fi chemate, gândite, văzute sau auzite, dictate sau fabricate ori impuse într-un anumit fel, bolnavul obsesiv recunoscându-le caracterul lor de constrângere abnormă intrapsihică.

Intuiţia obsesivă are în acelaşi timp, caracterul de insolit, de straniu, dar şi de dedublare a propriei subiectivităţi care simultan, vrea şi nu vrea, acceptă o tendinţă intuitivă pe care apoi n-o acceptă luptând împotriva acesteia. Intuiţia obsesivă este deosebit de dificilă şi de diferenţiat de intuiţia delirantă. Aceasta din urmă putând fi confundată şi cu ideea prevalentă sau cu ideea obsesivă sau delirantă. Intuiţia obsesivă nu este dublată de o semnificaţie anormală, raportată incomprehensibil la propriul eu şi lipsită de semnificaţii totuşi raţionale sau emoţionale anxioase însă adecvate, chiar simbolice dar în contextul unor explicaţii individuale raţional sau dificil comprehensibile şi în general egofob şi prevalent acceptate. Pe de altă parte, intuiţia obsesivă, având un caracter primar, ea poate constitui, în ansambul sindromatic obsesiv, nu numai la clarificarea sa dar şi ca element de diagnostic în cadrul acestui ansamblu sindromatic obsesiv-compulsiv. "În orice altă psihoză, se pot deasemenea întâlni intuiţii delirante, dar adesea ele sunt imposibil de separat de intuiţiile bolnavilor nepsihotici, de ideile prevalente şi de obsesii" (K. Schneider - op.cit. - pag. 114).

În intuiţia obsesivă, cu presimţirile ei confuze, difuze, vagi, legată indisolubil organic şi de percepţie, vom găsi anxietatea, frica, îndoiala, semnificarea vagă, nedefinită, abnormă şi totuşi normal acceptată din partea conştiinţei, dublată de convingerea că intuiţia obsesivă aparţine propriului eu, cu tot caracterul polar al intuiţiei (a dori şi a nu dori simultan). Indiferent de conţinutul intuiţiei obsesive, abia înţeleasă dar plină de înţelesuri neînţelese, are caracter dominant, este persistentă şi chinuitoare, este eventual recunoscută ca raţional, se însoţeşte de anxietate, de îndoială, de scrupule, este irepresibilă şi de aici lupta împotriva sa indiferent de conţinutul concret senzorial, corporal pe care l-ar avea şi acesta doar abia schiţat imprecis şi vag presimţit. Aşa cum vedem, trecerea de la obsesia normală la cea patologică cunoaşte un drum lung şi nu totdeauna clar elucidat şi uşor de trăit. Intuiţia neacompaniată de anxietate are toate caracterele intuiţiilor normale şi se pot întâlni în stările febrile, în stările de oboseală etc.

Reprezentările obsesive

Reprezentarea normală este un proces activ de reproducere, de combinare, recombinare şi de restructurare conştientă *sub formă figurată de imagine* intuitivă, mintală, ideală a unor trăiri, situaţii, acţiuni, obiecte, fenomene, melodii etc., a unor percepţii anterior memorate şi în absenţa acţiunii lor concrete şi actuale, toate în relaţie cu trăirile şi experienţa trecută şi cu cea prezentă ideo-afectivă dar lipsită de angoasă. Mecanismul psihologic al reprezentărilor constă în elaborarea unor asociaţii între urmele percepţiilor anterioare şi se realizează în raport de nivelul de integrare ideo-afectivă prin asociaţii de continuitate (atingere) în spaţiu sau de contiguitate (vecinătate în timp simultan sau succesiv), prin asociaţii de asemănare sau prin asociaţii prin contrast etc. Reprezentarea va avea prin urmare, caracter, sau formă de imagine mintală generală ea fiind "un portret rezumativ al seriei obiectului unic în diversele lui ipostaze temporare, un portret al unei clase de obiecte şi fenomene" pentru ceea ce ele au comun în trăsăturile lor generale. În acelaşi timp, din punctul de vedere al complexităţii structurale şi dinamice, reprezentările sunt mai mult sau mai puţin stabile şi totodată mai puţin intense şi clare, mai palide, mai şterse şi mai sărace în detalii, cu goluri şi lacune numeroase în raport cu senzaţia şi percepţia dar în relaţie interfuncţională indisociabilă cu acestea. În acest caz reprezentarea dublată de angoasă reprezintă fenomenul obsesional, îl poate întreţine sau accentua.

La bolnavii obsesivi se constată reprezentări obsesive, vizuale, auditive, tactile, olfactive, cenestezice sau sub formă de imagini geometrice, algebrice, topografice, muzicale, etc., bine individualizate sau schematice, imagini reproductive sub forma unor reprezentări ale memoriei puternic grevate de anxietate şi nesiguranţă. Se mai întâlnesc imagini anticipatoare sub forma unor structuri proiective, creaţii ale imaginaţiei, acestea din urmă fiind structurate agoasant în forme şi relaţii niciodată

percepute anterior, fapt care amplifică şi îmbogăţeşte tema obsesivă sau poate constitui fundamentul obsesiei sau modul de activare a obsesiei.

Achgffenburg menţiona că "un mare număr de reprezentări obsesive iau naştere din sentimentul neliniştei şi al nesiguranţei, şi cred - scrie autorul - că acest fapt nu lipseşte din nici o neurastenie". Greisinger (1868) amintea deasemenea despre reprezentările obsesive manifestate sub formă de îndoială şi sub forma "maniei aprofundării" (maladie du doute a francezilor), atunci când vorbea despre "lipsa de încredere şi siguranţă în sine" particulară bolnavilor obsesivi. Westphal în 1872, descriind agorafobia, considera că aceasta are ca factor etiologic anxietatea pe care o încadra în limitele reprezentărilor obsesive, iar în 1877 acelaşi autor lansează ideea că reprezentările obsesive nu au o bază etiologică afectivă, respectiv anxietatea (aprud. K. Schneider) ci una intelectuală. N. Petrilovitsch, referindu-se la obsesie, notează: "Conţinutul obsesiei ia naştere în urma relaţiilor multiple pe care persoana le are cu mediul, iar tematica reprezentării obsesive este un indiciu al trăirilor prezente şi trecute". Acelaşi autor menţionează în acelaşi loc: "Împreună cu K. Schneider am subliniat că oricărei reprezentări obsesive îi premerge o dispoziţie obsesiv-anxioasă, lipsită de conţinut, care-şi găseşte tema numai în mod secundar - exact ca şi dispoziţia delirantă care premerge delirului (denumit de Binder "psihism dejanjat") este trăit de bolnav ca un fel de tensiune ciudată, rece, indispozantă" (N. Petrilovitsch - *Abnorme - Personalichkeiten*, Basel, 1960).

Dintre reprezentările obsedante, caracterul de constrângere cel mai puternic îl iau reprezentările reproductive ale memoriei şi reprezentările anticipative anxioase ale imaginaţiei chiar dacă nu totdeauna reprezentarea şi imaginea nu au o participare obligatorie în elaborarea obsesiei. Se remarcă totuşi, că în raport de structura şi particularităţile de reactivitate ideo-afectivă ale fiecărei personalităţi, orice alt tip de reprezentare poate deveni obsesiv-dominantă. Reprezentările obsesive merg de la forma intuitivă senzorială plurimodală (auditivă, vizuală, tactilă, olfactivă etc.) până la reprezentările generalizate, figurative, imaginative (geometrice, algebrice, gramaticale, etc.) care se apropie de noţiunile abstracte fără a le realiza deplin, acestea din urmă luând aspectul cel mai adesea, a unor concepte figurative sau a unor preconcepte încă neverbalizate pentru ca ulterior să se constituie într-o idee obsesivă, căreia îi asigură intuitiv-obsesiv materialul său reprezentativ-imaginativ iniţial de construcţie. Prin aspectul lor simultan, senzorial şi intuitiv, reprezentările obsesive realizează totodată trecerea de la imaginea la ideea obsesivă şi la credinţa sau convingerea care o însoţeşte, deşi bolnavul critică reprezentările obsesive şi le consideră ridicole sau absurde, dar totodată îndoindu-se permanent asupra conţinutului lor. Reprezentarea obsesivă grevată puternic de anxietate poate determina pacientul la realizarea forţată a unor acţiuni obsesive.

Raportându-se la modalităţile gândirii obsesionale, K. Schneider preciza că există în sens literal "reprezentări obsesionale, ca de exemplu, faptul de a fi urmărit de imagini sau melodii. Iată câteva intuiţii sau gânduri obsesionale, mai mult sau mai puţin perceptibile: scrupulele religioase

insurmontabile mărturisite la confesional, sau chiar aceste idei irepresibile bine cunoscute care împing la verificarea dacă robinetul de la gaz este bine închis şi de a se întreba dacă n-a lezat pe cineva" (K. Schneider - *Psychopathologie clinique* - Ed. Nauwelaerts - Louvain - Paris 1957, pag. 108). În cazul amintit de K. Schneider observăm o înlănţuire de reprezentări şi imagini care se suprapun, se organizează, se metamorfozează şi gliseză, în absenţa certitudinilor memoriei de evocare de pe o idee pe alta, de pe o acţiune pe alta. Dacă nu ar fi angoasa care să pună în derută memoria actului împlinit, remuşcările, reproşurile, acţiunile obsesive, verificările chinuitoare obsedante etc. nu ar avea loc poate.

În acest fel, reprezentările şi imaginile anxioase obsesive prin caracterul lor instabil, mai puţin intens, clar şi precis, mai palid şi mai şters şi în acelaşi timp mai sărac în detalii dar mai bogat în goluri şi lacune vagi de memorie şi mai schematic şi mai intuitiv - generalizant şi nesintetizat conceptual, fac trecerea, extensia şi agravarea de la imaginea intuitivă - concretă, sensibilă, la cea de generalitate a ideii angoasante obsesive. Deci, reprezentările, imaginile obsesive, operează trecerea de la senzaţie şi percepţie la noţiune şi respectiv de aici la noţiunea obsesivă ce va sta la baza *ideii obsesive*. De aceea, reprezentarea obsesivă are nu numai caracter dominant, dar îşi poate însuşi un caracter cvasihalucinator, metamorfozat uneori hipnoid fantasmatic în "moara dominantelor" afective în structuri ideo-afective compulsiv-obsesionale. Aceasta face ca insensibilul percepţiilor şi senzaţiilor anterioare integrate inconştient şi chiar conştient să devină real în ciuda evidenţei critice pe care conştiinţa clară o are păstrată integră în ce priveşte conţinutul aparent şi semnificaţiile actuale ale reprezentărilor anxioase obsesive. De aici uneori şi dificultatea deosebirii dintre reprezentările obsesive, halucinaţii şi delir, ca şi riscul asemănărilor sau a asimilărilor uneori dintre ele îndeosebi în stările obsesiv-compulsive cu structură dominantă inertă şi motivare afectivă primară. Este aici o agravare sincrono-diacronică a mecanismului obsesional, care poate friza patologia psihiatrică majoră.

În sensul celor de mai sus, reproducem două cazuri de reprezentări obsesive care deturnează funcţional şi memoria, comunicate de A. V. Snejnevski, şi care ni se par particular de instructive:

"O mamă, al cărei copil murise după o lungă boală incurabilă, şi-a imaginat dintr-o dată că el a fost înmormântat de viu. Această idee a survenit sub forma unei reprezentări concrete, senzoriale, plastice. Ea îşi reprezenta net copilul, trezindu-se în sicriul său, sufocat, strigând, apelând la ajutor şi murind în suferinţe atroce. Această reprezentare penibilă, cu tot neadevărul ei evident, a ajuns la o asemenea angajare a bolnavei, că se ducea la cimitir, îşi lipea urechea de mormânt pentru a se convinge că nu aude nici strigăte, nici gemete. Pentru a se debarasa de o reprezentare atât de obsedantă şi pentru a se asigura de neadevărul său, bolnava a cerut de mai multe ori administraţiei cimitirului a deschide mormântul fiului său".

"Un al doilea exemplu: reîntors de la vânătoare, un bolnav a început să creadă că ar fi omorât prin împuşcare un băiat tânăr, ocupat de culegerea ciupercilor. Această frică i-a apărut deşi el era sigur că nu se afla

nici un băiat în pădure; nu era un an al ciupercilor în acest colţ de pădure, dar el nu se putea linişti deloc. Totuşi, pentru a se debarasa de aceste gânduri, bolnavul a inspectat pas cu pas, de mai multe ori, locurile, pe o distanţă corespunzând distanţei maxime a bătăii puştii" (A. V. Snejnevski în: O. V. Kerbikov şi colab: *Psychiatrie* - Ed. Mir, Moscou - 1968, pag. 44).

Reprezentările obsesive apar relativ rar, se disting cu dificultate de ideile directoare, durează relativ scurt timp, iar uneori au caracter cvasidelirant, dacă nu se ia în considerare că "halucinaţiile obsesionale" sunt în realitate "halucinaţii negative" care "încorporează reprezentarea lor în obiectul realităţii psihice ca reflectări simbolice ale realităţilor existenţiale" (H. Ey - *Traité des Hallucinations* - Ed. Masson, Paris - 1973, T II pag. 870). Aici se manifestă forţa reprezentărilor cvasihalucinatorii ale reprezentărilor obsedante care pretează la confundarea ideii obsesive cu ideea delirantă.

P. Janet referindu-se la fenomenele de tip halucinator ale reprezentărilor obsesive remarca faptul că acestea nu au caracterul de *exterioritate* deşi "ele par să aibă aparenţa exteriorităţii şi să se impună într-o manieră irezistibilă" dar care nu rezistă axamenului atent. Aceste pretinse halucinaţii sunt vagi, lipsite de precizie, fără culoare, fără sonoritate, şterse şi cu cât sunt mai vagi şi mai implicite cu atât sunt mai angoasante şi mai odioase. Lipsindu-le caracterul de exterioritate acestor reprezentări halucinatorii obsesive, ele aparţinând şi venind din interiorul eului pacientului, le lipseşte caracterul de *realitate exterioară* şi atunci această tendinţă la reprezentări obsedante halucinatorii duce la sentimentul de îndoială în realitatea imaginilor şi în existenţa lor reală şi la verificări neîncetate. Pe de altă parte autorul le subliniază caracterul lor *simbolic* "ele nefiind constituite dintr-un obiect interesant prin el însuşi, ci prin evocarea unui sistem care reprezintă o cantitate de alte gânduri" ... "că aceste pretinse imagini nu sunt decât embleme, simboluri pentru a rezuma lungile meditaţii şi a face într-un fel ideea plastică, el (bolnavul - subl. ns) nu le ia ca realitaţi cum o fac adevăraţii halucinatori". Fiind de acord cu Falret, celebrul psihiatru şi psiholog P. Janet conchidea următoarele cu referire la tendinţa la reprezentare şi la halucinaţii simbolice la obsesivii-compulsivi după cum urmează: "Aici vedem încă o tendinţă către reprezentarea halucinatorie care nu ajunge să fie completă. Subiectul pare impins la reprezentare atât de departe cât e posibil. Ei se încăpăţânează să vadă apariţia imaginii exterioare şi reale, el o cercetează, dar nu o vede real, aceasta este un fel de *manie a halucinaţiei* mai mult decât o halucinaţie reală" (*Les obsession et la psychasténie*, p. 102).

În reprezentările obsesive aşa cum precizează K. jaspers, apar "intuiţii subite, *amintirile au nuanţe noi şi semnificaţii noi*" (subl. ns. M. Ş.), fenomene care ţin de metamorfozele intrapsihice afective dominante şi care apar mai ales ca o melodie care încă nu şi-a găsit textul adevărat, sau are un text compus din cuvinte dispersate sau puţine, nesistematizate încă, dar clar şi anxios trăite şi din care nu se poate încă alcătui un discurs cu un text logic şi coerent. Aici apare riscul asimilării reprezentărilor obsedante cu halucinaţiile, cu pseudohalucinaţiile, cu delirul, îndeosebi cu delirul de

influenţă xenopatică sau cu delirul senzitiv de relaţie, în analiza materialului clinic, de faptul că obsesia vine din interiorul eului, din dispoziţia afectivă obsesivă, constrângătoare, asediatoare, sparge barajele cenzurii voluntare, în timp ce în delirul de influenţă, delirul senzitiv de relaţie sau delirul de persecuţie etc., reprezentarea delirantă este raportată şi considerată că vine din şi îşi are originea în exteriorul activităţii psihice a personalităţii şi că nu-şi are originea şi nu vine din activitatea intrapsihică proprie aşa cum este recunoscută şi trăită critic de către bolnavul obsesiv. Reprezentarea obsesivă şi imaginea obsesivă, cu semnificaţiile noi ale memoriei, realizează şi stau la baza ritualului obsesiv, conjurator etc.

Caracterul de constrângere al reprezentărilor obsesive este contradictoriu, el este simultan de abandonare şi de reverie, de plăcere şi durere, de dorinţă şi de angoasă, acest nou conţinut acceptat şi totodată respins şi luptând împotriva lui, este un fenomen paradoxal care apare ca efect al dedublării sau disonanţei contradictorii a activităţii psihice a personalităţii, care vrea şi totodată refuză activ ceea ce apare din straturile profunde ale psihicului pe planul unei conştiinţe care nu şi-a destructurat semnificaţiile ca în cazul psihozelor. Acest fenomen de constrângere, de asediu subiectiv intrapsihic constituie particularitatea esenţială a reprezentării obsesive dar şi caracterul său bipolar, de acceptare şi respingere, de plăcere şi anxietate, de contrarietate şi angoasă. Pe de altă parte, cu cât mai profundă şi mai primară este originea reprezentării obsesive, cu atât este mai apropiată de straturile profunde ale corporalităţii motivată fenomenal de structurile instinctiv-afective biopsihice, cu atât forţa proceselor afective primare şi conştiente anxioase trebuie să fie mai mare şi mai intensă ca cheltuiala de energie pentru înlăturarea corpului străin reprezentat de obsesia sensibilă din câmpul reprezentărilor conştiinţei obsesiv-compulsive regresionată hipnoid, în condiţiile scăderii tensiunii psihologice, consecinţă a epuizării substratului morfo-funcţional dinamic cerebral.

Reprezentările obsesive au în structura lor fundalul afectiv neliniştit, iniţial angoasant, apropiat de corporalitate şi cenestezie, de structură biopsihică, fundal care posedă valenţele melodiei afective profund anxioase care-şi caută textul şi pe care îl va găsi în momentul în care vor apare structurile preconceptuale şi conceptuale ideo-afective şi acţionale obsesive consecutive, cu transgresarea şi delimitarea lor ca un corp străin considerat astfel la nivelul sentimentelor şi ideilor normale. Acesta este se pare procesul de raţionalizare obsesivă, de obsesionalizare a reprezentărilor şi imaginilor obsesive şi de cristalizare ca imagine complexă ulterioară a însăşi ideii obsesive.

În sensul celor de mai sus P. Janet în "*Les obssesions et la psyhastenie*", raportându-se la obsesiile impulsive criminale incomplete, manifestate sub forma reproşurilor şi remuşcărilor, şi bazate pe *false amintiri obsedante* (subl. ns. M. Ş.) nota că acest tip de obsesii impulsive "se însoţesc de nenumărate *imagini analoage unor veritabile tablouri*", bolnavii "acuzându-se de toate omorurile despre care ei aud vorbindu-se" (subl. ns. M. Ş.). După opinia noastră aici are loc o cădere a tensiunii

psihologice în sensul lui P. Janet, o regresie psihică cu fenomene substitutive în sensul lui S. Freud, instituirea unor dominante inerte în sensul lui Pavlov şi a lui Uhtomski, toate ca rezultat al parabiotizării structurilor cerebrale care declanşează mecanisme având la bază o stare hipnoidă cu consecutivă strâmtorare a câmpului şi nivelului conştiinţei, fenomen dominant care absoarbe şi transformă excitanţii şi semnificaţiile lor în sensul stării obsesive-compulsive fundamentale. Aceste stări se apropie sau au unele similitudini cu visarea efectuării unei crime, în cursul somnului normal, care în momentul trecerii spre starea de veghe, deşi persoana este deja trează, continuă să vadă şi să trăiască angoasant, fiind încă obsedat şi răvăşit de faptul reprobabil pe care l-a comis în vis şi în care crede, dar faţă de care devine critic şi se linişteşte doar atunci când se risipeşte îndoiala generată de o conştiinţă postonirică, hipnoidă încă insuficient de vigilă.

Obsesia remuşcărilor sau reproşurile generate sub forma unor reprezentări şi evocări metamorfozate, evasidelirante care privesc fără excepţie toate actele petrecute în cursul vieţii şi care distorsionează rememorările, se apropie pe de o parte de fobiile obsedante cu caracter de panfobii iar pe de latâ parte de delirul grav de autoacuzare din melancolia delirantă, cu structură fundamentală şi substrat delirant obsesiv, trăit cu o intensă anxietate agravată de reprezentările obsesive, ale remuşcărilor şi reproşurilor generalizate.

Aşa cum se observă din cele de mai sus, reprezentările obsesive deţin un important rol premergător în cristalizarea ideii obsesive, după cum deasemenea în cursul evoluţiei nefavorabile ale unor stări obsesionale reprezentarea obsesivă participă la elaborarea delirului autoacuzator melancolic cu infrastructură bazală obsesivă. Acelaşi mecanism se poate presupune şi pentru reprezentările obsesive ca şi în cazul delirului de interpretare, a delirului senzitiv de relaţie, a delirului obsesiv din schizofrenie, din sindroamele paranoide etc.

Clinica fenomenelor obsesive

Fenomenul obsesiv nu întotdeauna reprezintă o manifestare patologică, dacă avem în vedere că anumite idei, sentimente, acţiuni care domină câmpul conştiinţei, nu apar după voinţa noastră (deşi voinţa poate interveni normal la constituirea unei idei dominante în consens cu motivaţiile conştiente) ci, dimpotrivă, ele ţin de mecanismele motivaţionale ideo-afective conştiente şi inconştiente, primare şi noogenetice, despre care cunoştinţele noastre în etapa actuală sunt încă fragmentare şi insuficiente. Desigur, procesele dominante afective şi noetice au intensitate, durată, semnificaţie dinamică diferită în ansambul sistemului psihic şi îndeosebi în câmpul conştiinţei. Trăirile afective, pozitive sau negative, conferă înţeles timic diferenţiat motivaţiilor, intereselor şi trebuinţelor individuale, ideilor şi sistemelor de credinţe şi convingeri, inclusiv conceptelor raţional elaborate ale gândirii, iar conştiinţa şi voinţa prin semnificarea acestora, le

conferă valori şi valenţe calitative diferite, le marchează cu intensităţi, durată şi valoare configuraţională de asemenea variate şi variabile în timp atât sub raport calitativ cât şi cantitativ şi deasemenea diferite de la o persoană la alta. În toate cele de mai sus, intervin structurile particulare de reactivitate iniţială individuală ale substratului morfofuncţional dinamic cerebral sau, ceea ce se numeşte cu un termen pe cât de încetăţenit pe atât de incert - particularităţile structurale biopsihice sau constituţionale individuale - peste care se grefează şi cu care se întreţes indisociabil, prin interiorizare, calităţile influenţelor modelator formative de mediu ambiant care acţionează pe tot parcursul dezvoltării individuale. Cu alte cuvinte, elementele structurale şi structurante desemnate de literatura de specialitate cu termenii de *nurture* şi *culture* sau prin noţiunile de *untergrund* şi de *hintergrund*, de structură arhi- şi paleo-psihică pe de o parte şi noogenetică pe de altă parte, toate intervin sincrono-diacronic atât în modelarea normală a personalităţii cât şi în procesualitatea patologică, deci inclusiv în nevroza obsesiv-compulsivă în condiţiile perturbării funcţionalităţii cerebrale.

În stare normală, noi nu ne alegem - aşa cum ar apare la o primă vedere - atât de conştienţi ideile şi imaginile cu care operăm, intervin aici conştientul şi inconştientul, atenţia şi voinţa, toate procesele psihice care ordonează, prin analiză şi sinteză, şi care motivează, direcţionează şi stăpânesc, în limitele posibilului, mai mult sau mai puţin conştient, cursul gândirii, al ideilor şi imaginilor şi care-şi delimitează interfuncţional corpul lor distinct şi expresiile lor individuale prin intermediul construcţiilor ideo-afective cu participarea şi ajutorul limbajului interior sau a limbajului expresiv. Această stăpânire şi emancipare a imaginilor şi ideilor reprezintă însăşi combinatorica normală sau anormală de semnificare dinamică proprie raţiunii umane, iar "pierderea acestei stăpâniri şi emancipări a ideilor sau imaginilor pe care noi n-o putem opri, reprezintă, pentru fiinţa umană, simbolul însăşi a nebuniei", a alterării sau pierderii simţului autocritic sau al discernământului, acest din urmă aspect asemănându-se, în cazul psihozei (nebuniei), "cu un călăreţ care a pierdut frâul unui cal ambalat" (H. Baruk).

Pe de altă parte, chiar în condiţiile unei conştiinţe normale, imaginile şi ideile nu au aceeaşi claritate şi nici aceeaşi dominanţă, unele sunt mai vii, altele mai şterse, unele ne interesează dominant şi rămân fixate în câmpul conştiinţei mult timp ca idei dominante sau idei fixe, altele au o existenţă fugitivă sau chiar efemeră, unele apar abia vag schiţate, altele apar cu o formă definită precis etc., totul petrecându-se în funcţie de motivaţiile gândirii însăşi şi ale personalităţii în ansamblul său ca şi de nivelul şi calitatea integrării ideo-afective şi a constructelor psihice individuale. Pe de altă parte, câmpul conştiinţei poate fi ocupat de o *idee dominantă*, ca o idee fixă, ca de exemplu ideea care ne mobilizează în vederea pregătirii unui examen. Ideea aceasta, care conduce şi domină persoana care gândeşte scopul, ştie că acest conţinut ideativ şi afectiv este conform şi în consens cu preocupările, cu aspiraţiile şi motivaţiile sale conştiente, şi persoana acţionează totodată în acest sens. În asemenea situaţii nu mai este vorba de o idee dominantă normală. Unii o denumesc *idee fixă* în raport cu motivaţiile dominante normale. În cazul în care în câmpul conştiinţei

izbucneşte o idee stranie şi străină de preocupările conştiente ale subiectului, şi în contradicţie cu claritatea şi logica sa, idee care apare şi este recunoscută ca un "corp străin" şi absurd, impunându-se patologic şi în mod incoercibil, asediind repetitiv câmpul conştiinţei, şi care se impune acesteia împotriva voinţei bolnavului, determinând consecutiv efortul de a o înlătura, declanşând lupta penibilă şi anxioasă de a o scoate din câmpul conştiinţei, aceasta este o *idee obsesivă. Fără luptă nu se poate concepe obsesia, aşa cum fără comportamentul de evitare nu se poate concepe fobia.* Această idee ce s-a intrus insolit ca un corp străin, ca un parazit sau ca un musafir nepoftit, incomod şi nedorit în câmpul conştiinţei şi care determină o atmosferă şi o stare emotivă penibilă , anxioasă , angoasantă, lancinantă şi greu de calmat, care domină conflictual personalitatea punându-i la indoială printr-o atitudine superstiţioasă şi de gândire magică, procesele perceptive şi de memorie, de reprezentare şi de gândire etc., care îi perturbă, prin caracterul ei repetitiv, fluenţa normală a activităţii psihice, obligându-o la numeroase verificări, ritualuri şi apărări cu eficacitate parţială şi temporară, şi care-i polarizează penibil, depresiv şi dureros întreaga activitate psihică ce se zbuciumă între siguranţă şi îndoială, ce se complică progresiv şi se anulează repetitiv şi neîncetat în acte diverse (ritualuri, verificări, conjurări magice), constituie *fenomenul obsesiv* de care bolnavul nu fuge ci se apără de el şi îl apără în mod activ, prin luptă acerbă. Rezultat al scăderii sau regresiunii tensiunii psihice şi a căderii controlului frenator voluntar, al perturbării mecanismelor de cenzură pe care le realizează conştiinţa normală care acum nu mai poate deschide într-o dinamică fluentă uşa norului imens de concepte şi imagini care bat la porţile gândirii, fenomenul obsesiv determină îndoiala intensă şi lupta acerbă împotriva invaziei sale stagnante. Dar această tentativă de control voluntar cu eficienţă scăzută, nu mai este posibil de realizat pe deplin în obsesie. Acest control voluntar se poate împlini numai în condiţiile normale ale unui optim funcţional psihofiziologic şi nu perturbat ca în nevroza obsesivă-compulsivă. Atunci când acest optim funcţional normal, rezultat al unor relaţii interfuncţionale intrapsihice armonice de lucru dintre conştient şi inconştient, dintre structurile arhi- şi paleo-psihice şi cele noogenetice, dintre cortex şi subcortex este perturbat şi ca urmare are loc *scăderea* însăşi a *tensiunii psihologice*, a forţei proceselor neuro-psihice de sinteză a realului şi a propriului Eu, despre care vorbea P. Janet, forţă care nu mai poate înfrânge dorinţele refulate (S. Freud), cu încărcătura lor afectivă deosebit de bogată, inconştientă, contradictorie, primar tensionată anxios, şi care vor pătrunde prin efracţie lancinantă şi penibilă din inconştient în structurile conştiinţei, impunându-se ca o idee sau un grup de idei, de imagini, amintiri, acte, constituind astfel *obsesia*, fenomen paradoxal pe care bolnavul o consideră ca străină, stranie, absurdă, patologică, luptând totodată disperat împotriva acesteia atât cât poate şi cu forţele de care dispune. Obsesia, atunci când s-a instalat are caracter dominant, iar dominanta precede parabioza.

Pe de altă parte, orice obsesie ca şi orice idee normală are un *caracter bipolar* în sensul că orice idee se însoţeşte de opusul său, caracterul bipolar îl au deasemenea procesele afective ca şi cele volitionale,

între cele două aspecte polare fiind o permanentă stare de oscilaţie de echilibru şi de dezechilibru contradictoriu sau conflictual. Din această stare de conflict vor lua naştere la obsedat indecizia, inhibiţia, îndoiala, tendinţele obsesive, verificările continui şi inoperante care conduc uneori la abulie, ca şi tendinţele impulsive legate de unele obsesii, sentimentul de incompletitudine, de neterminat etc., particulare personalităţii obsesiv-compulsive.

Un alt caracter al ideii obsedante este *automatismul* şi *incoercibilitatea* cu care obsesia se impune în mod tiranic şi totodată durabil conştiinei, cu reveniri repetitive frecvente uneori şi mai intense, paroxistice, determinând în ce priveşte sensul, conţinutul şi semnificaţia fenomenului ideo-afectiv obsesional, configuraţii ideo-afective dezagreabile particulare, cu rezonanţă motivaţională intra-psihică tensionată, cu influenţe negative asupra comportamentului bolnavului graţie încărcăturii lor afective penibile de tip obsesiv - anxios - dominant, toate aceste fenomene zdruncinând constructele psihice normale pe care nu le disoluţionează dar din care fac, în ultimă instanţă, o structură abnormă cu *amnezii selective*, cu elemente de *derealizare* şi *depersonalizare* graţie forţei pulsionale regresive cu care este investită obsesia şi care, în etapele ei intense sau avansate, poate sugera delirul, fenomen confirmat evident ca nedelirant îndeosebi în cazul "nebuniei îndoielii cu delir de contact" (*"La folie du doute avec delire de toucher"* - descris în 1875 de Legrande du Saulle şi pe care îl redăm în anexa acestei lucrări).

Imaginaţie şi obsesie

P. Marchais, raportându-se la elementele semiologice ale obsesiilor, notează unele particularităţi funcţionale ale imaginii psihice în geneza procesului obsesional, la care participă şi procesele de reprezentare, particularităţi care constau în următoarele:

1. Un număr destul de mare de obsedaţi trăiesc obsesia lor sub o formă figurată (imagée).

2. Când o obsesie este figurată, imaginea devine necesară pentru manifestarea obsesiei.

3. O percepţie figurată evocând tema obsesională poate reactiva mecanismul obsesional.

4. Deşi necesară obsesiei, imaginea temei obsesionale nu porvoacă obligatoriu obsesia.

5. Mecanismul obsesional se poate manifesta tot atât de bine prin una sau mai multe imagini răspunzând aceleeaşi teme ca şi prin imagini multiple ce se succed şi răspund la teme diferite.

6. La unii obsedaţi, mai multe imagini pot să se suprapună în acelaşi timp, sau să se grupeze între ele.

7. Nu există nici o constanţă în ritmul şi natura simplă sau complexă a imaginilor obsesionale.

8. Imaginea contribuie la extensia şi la agravarea în lanţuri a unui mecanism obsesional.

9. Imaginea deţine, în fine, un rol apreciabil în formarea „ritualului conjurator".

Notăm că aceste trăsături figurativ-reprezentative ale procesului obsesional reflectă, după opinia noastră, datele aparente, imediate, care evocă totodată complexitatea mecanismelor supra- şi subjacente ale manifestărilor obsesiv-compulsive şi care trebuiesc corelate cu datele şi particularităţile ce rezultă din urmărirea în dinamică a fenomenelor obsesionale. Obsesia se manifestă atât sub formă de imagine etc., şi îndeosebi sub formă de idee obsedantă.

Imaginea obsedată are aceleaşi particularităţi ca şi ideea obsedantă: apare împotriva voinţei pacientului, are caracter de intruziune, de „corp străin" şi straniu, se însoţeşte afectiv de angoasă - anxietate care preced apariţia imaginii obsedante, se află în corelaţie constelativă unitară ideo obsedantă - anxietate - act compulsiv, stabilind între ele relaţii funcţionale indisociabile, are caracter dominant constituindu-se după legile simptomocomplexului, cu instalarea în dinamica obsesivă a rivalităţii alternative a diverselor sale componente, este la început difuză după care se diferenţiază specific în raport de configuraţia de nucleu predominant, este apoi relativ stabilă, evoluează fazic, ondulatoriu prin pusee sau paroxisme şi ca atare prezintă o importantă inerţie configuraţională, care cu cât devine mai intensă cu atât tirania obsesiv-compulsivă este mai puternică. Fiind un construct psihic abnorm imaginea obsedantă are un caracter organic-anxios mai puţin intens şi tot atât de puţin presant este şi actul compulsiv care-l generează, însă sub raport simbolic imaginea devine graţie caracterului ei evasisenzorial cu atât mai „obiectivă" deşi nu este lipsită de posibilitatea de generalizare imergentivă spre structurile psihice primare, sau emergentivă spre structurile psihice superioare (atenţie, memorie, voinţă, conduită ideo-afectivă şi acţională), ceea ce permite imaginii obsedante să se comuteze vicariant şi pe alte structuri obsesive sau simptomatocomplexe dinamice la rândul lor cu desfăşurare însă la acelaşi nivel psihic operaţional. În cazul schimbării pe un alt câmp şi pe un alt nivel de conştiinţă - îndeosebi regresionată - imaginea obsedantă îşi poate însuşi calităţi de imagine obsesivă halucinatorie. După un consum energetic substanţial imaginea obsedantă se poate stabiliza sáu poate interveni un fel de repaus operaţional, acesta din urmă se aseamănă cu cele ce se petrec în surmenajul emoţional, în stressul psihic la persoanele labile.

Trăsăturile amintite mai sus, cu referire la imaginea obsedantă, se constituie în tot atâtea particularităţi pentru diversele idei sau acte obsesive şi care caracterizează clinic nevroza obsesiv-compulsivă.

Se cuvine să amintim un fapt de o particulară importanţă în ce priveşte imaginea în general, şi îndeosebi imaginea obsedantă în special, şi care constă în aceea că orice imagine, şi cu atât mai mult cea obsesiv-compulsivă, nu constituie din punct de vedere clinic decât o formă simbolică, un derivat accesoriu al stării afective anxioase, o expresie inconştientă metamorfozată a unor conflicte profunde inconştiente.

Imaginile obsedante sunt vii şi au uneori un conţinut violent sau sexual şi care survin pe plan mintal, în modul cel mai frecvent, fără rezistenţă.

Concepţii privind manifestările obsesiv-compulsive

De altfel, însuşi P. Janet, atunci când aborda studiul obsesiilor remarca următoarele trăsături particulare ale acestor fenomene imaginative, ideative, afective sau acţionale (de conduită): *permanenţa, forţa lor impulsivă, reprezentarea lor cvasihalucinatorie* şi *gradul de credinţă sau de creditivitate* care le însoţeşte. Pe de altă parte, acelaşi autor menţiona că fenomenul obsesiv apare ca *„o idee care se impune bolnavului şi se dezvoltă în spiritul său într-o manieră automatică* fără raport nici cu circumstanţele exterioare, nici cu voinţa subiectului", că *obsesia este ca „o idee invadatoare* ca un delir sau ca o sugestie şi totuşi bolnavul nu acceptă această idee cu convingerea unui persecutat sau a unui individ sugestionat. Cel puţin până la un anumit punct, el simte ca şi noi că ideea sa este absurdă, el o judecă şi o refuză, este o *obsesie cu critică*". *Prezenţa elementului critic deci, reprezintă deasemenea una din trăsăturile fundamentale ale obsesiei, fapt care o deosebeşte fundamental de delir.*

E. Régis consemna că aşa cum „...fobia sistematizată poate succede fobiei difuze, ...la fel, obsesia poate succede fobiei sistematizate, a cărei intelectualizare este. ...". În felul acesta monofobia tinde la *monoideism*, şi practic asistăm „...nu la fobii sistematizate pure, ci la situaţii intermediare sau de tranziţie între fobie şi obsesie. Acesta este cazul pentru fobia de a roşi care, aproape totdeauna, ajunge la obsesia de a roşi. *Obsesia nu este deci adesea decât o fobie care a pierdut caracterul său de tulburare emotivă pentru a lua, prin însăşi faptul evoluţiei sale pe acela de tulburare totodată emotivă şi intelectuală*".

„În rest, în cazurile în care obsesia survine de la început, fără a trece, în prealabil, printr-o fază exclusiv fobică, simptomele caracteristice ale anxietăţii se regăsesc totdeauna la un grad oarecare.

Fie că obsesia este consecutivă unei fobii a cărei organizare este ... sau că ea se manifestă de la început sub formă de obsesie, ea este, în general formată prin adjuncţia la fenomenele emoţionale ale fobiei simple, al unui element intelectual, a unei idei".

E. Régis atrage în cele de mai sus atenţia asupra procesului particular de important al *obsesionalizării fobiei*, element de importanţă diagnostică, evolutivă şi de raţionament clinic diferenţial între fobie şi obsesie. Pe de altă parte autorul arată că *distincţia dintre nevroza fobică şi cea obsesiv-compulsivă este desigur relativă.* În aceeaşi ordine de idei se reamarcă faptul că obsesia poate apare de la început ca atare. Şi în fine, ceea ce este important este că însăşi afectivitatea are caracterele nevrozei de bază.

Pentru Régis ideea obsesivă are următoarele caractere: este o *idee conştientă, involuntară* sau *parazitară, automatică*, în *discordanţă* cu cursul obişnuit al gândirii şi totodată *irezistibilă*. În acelaşi timp, autorul subliniază

că ideea obsedantă diferă prin caracterele enunţate atât de *„ideea fixă fiziologică"*, particulară oamenilor de ştiinţă, cercetătorilor, idee care este voită, acceptată şi integrată normal în sistemul psihic, este nedureroasă şi nu rupe unitatea psihică a individului, ideea obsesivă deosebindu-se în acelaşi timp şi „de *ideea fixă patologică*, care este o veritabilă idee delirantă, adică inconştientă".

R. Pujol şi A. Savy disting următoarele caracteristici clinice constante ale obsesiilor:

1. *Caracterul insolit şi parazit.* Obsesia poate apare în contradicţie cu conştiinţa, gândirea şi logica sibiectului, care-i recunoaşte caracterul ei patologic, o consideră ca un *parazit* intern al psihismului, îşi are originea intrapsihică chiar dacă obsesiei i se opune conştiinţa. Toate acestea deosebesc obsesia de „sindromul de acţiune exterioară" particular simdromului Kandinski-Clerambault.

2. *Caracterul repetitiv şi lancinant.* Tendinţa la repetiţie este frapant de manifestă, ceea ce nu permite bolnavului nici un fel de repaus.

3. *Lupta anxioasă* este puternic tensionată şi permanent întreţinută. Subiectul mobilizează apărările secundare, împotriva manifestărilor repetitive şi lancinante, apărări cu eficacitate temporală şi parţială şi care se complică progresiv prin acte compulsive ca de exemplu ritualuri, ceremonialuri, verificări, conjurări magice etc. Manifestarea anxioasă mascată sau evidenţiată este umbra indisociabilă a obsesiei, această anxietate atestând *încordarea şi natura conflictuală a tulburării obsesionale.* Din această conflictualitate decurge *ataşamentul paradoxal al obsedatului faţă de obsesiile sale.* În legătură cu aceasta este de amintit că P. Janet spunea că obsedatul îşi cercetează obsesiile şi este dominat în acelaşi timp de frica de a nu le pierde. Aşa se explică de ce în cazul că bolnavul este împiedicat să-şi manifeste ritualul sau ceremonialul obsesiv, angoasa creşte în intensitate.

4. *Atmosfera de îndoială* învăluie şi impregnează toate manifestările obsedante. Cine se îndoieşte de sine se îndoieşte de toate pe lume şi această îndoială se află în însăşi centrul nevrozei obsesionale, bolnavul căutând neâncetat imposibila certitudine pentru *atitudinea superstiţioasă* şi *gândirea_magică* adesea evidente în nevroza obsesională. Lumea obsesivului ar cuprinde lumea arhaică şi magică şi cea adaptată şi raţională, între care bolnavul nu poate alege şi de aici conflictualitatea esenţială a gândirii sale şi permanenta pendulare între modalităţile magice şi mitice pe de o parte şi gândirea logic raţională pe de altă parte.

Dimpreună cu aceste trăsături constante apare *fondul psihastenic,* care deşi nu este obligatoriu în cazul nevrozei obsesiv-compulsive, acesta se caracterizează prin: lipsa de vitalitate, de elan, de spontaneitate, sentimente de îndepărtare de oameni şi de lume, refugiul în generalităţi şi abstracţii, dificultăţi în desfăşurarea operaţiilor mintale, atmosferă de îndoială, anxietate, neîmplinire, „sentiment de incompletitudine", insatisfacţie, sentiment de imperfecţiune, senzaţie de vid, de stranietate a ambianţei, de depersonalizare, angoasă internă, dureroasă, scurtă şi pasageră.

S. Freud (Les Obsessions et phobies. *Revue neurologique*, ian. 1895) împarte obsesiile în:

1. *obsesii intense* - a căror structură este alcătuită din amintiri, imagini aproape fidele ale unor evenimente importante trăite de bolnav, pe care le denumeşte ca obsesii şi fobii traumatice şi care de obicei, ar aparţine mai mult isteriei.

2. *obsesii adevărate* - care sunt structurate din: a) o idee care se impune irepresibil în fluxul gândirii bolnavului şi b) o stare afectivă de obicei penibilă sau anxioasă, deci de intensitate variabilă care acompaniază indisociabil ideea obsesivă.

3. *fobiile.*

Raportându-se la cele de mai sus, S. Freud nota că : "Starea emotivă a obsesiei este totdeauna justificată, dar ea s-a eternizat. Cât despre ideea concomitentă, aceasta este o *idee substituită* care, printr-un mecanism oarecare, a luat locul ideii primitive, totdeauna relativă la viaţa sexuală a individului. Aceasta este mezalianţa stării emotive, rămasă aceeaşi, şi ideea nou asociată, ireconciliabilă cu această stare emotivă, care ţine cont de caracterul de absurditate propriu obsesiilor".

"Exemplu - un tânăr, student la medicină, suferea de o obsesie. El îşi reproşa toate acţiunile imorale: de a-şi fi omorât verişoara, de a fi deflorat pe sora sa, de a fi incendiat o casă etc. El ajungea până la necesitatea de a se întoarce de pe stradă pentru a vedea dacă n-a omorât încă pe ultimul trecător. *Originea substituţiei*: el a citit într-o carte cvasimedicală că organismul, căruia el îi era subiect, abisează morala, şi el era emoţionat".

"Alt exemplu - o tânără s-a izolat aproape complet, ca urmare a fricii obsedante de incontinenţa de urină. Ea nu mai putea să-şi părăsească camera sau să primească o vizită fără a urina de mai multe ori. La ea, şi în repaos complet, frica nu mai exista. *Originea substituţiei*: aceasta era o obsesie a tentaţiei sau a neâncrederii. Ea nu se îndoia de vezica sa, ci de rezistenţa sa contra unei impulsii amoroase. Originea obsesiei se arăta bine. Odată, la teatru, ea a simţit, la vederea unui bărbat, că-i place, o dorinţă amoroasă însoţea (ca totdeauna în poluţiile spontane ale femeilor) dorinţa de a urina. Ea s-a simţit obligată de a părăsi teatrul şi din acest moment, ea a fost pradă fricii de a avea aceeaşi obsesie, dar dorinţa de a urina s-a *substituit* dorinţei amoroase. Ea s-a vindecat complet.

"În fobie, starea emotivă este totdeauna anxietatea; ea este mai monotonă şi mai tipică decât în obsesie".

"Mecanismul fobiilor este totodată diferit de acela al obsesiilor. Aici, mai multe substituţii, mai multe idei înlocuitoare, nimic decât starea emotivă anxioasă care, printr-un fel de alegere, a făcut să reiasă toate ideile proprii, a devenit obiectul unei fobii. Angoasa acestei stări emotive a fobiilor, nederivată dintr-o amintire oarecare, se ataşează unei nevroze speciale, *nevroza anxioasă*, căreia această stare emotivă este simptomul principal şi care trebuie să fie separată de neurastenie, deşi confundată în prezent cu ea. Astfel, fobiile fac parte din nevroza anxioasă.

În felul acesta desprinde S. Freud nevroza anxioasă din conceptul nebulos al neurasteniei lui Beard şi acestea sunt considerentele sale cu privire la obsesii şi fobii, ca şi asupra diferenţelor dintre ele.

În ce priveşte dinamica fenomenului obsesivo-fobic, respectiv obsesionalizarea fobiilor, S. Freud nota următoarele:

"Pot avea loc, şi aceasta este foarte frecvent, combinarea fobiei şi a obsesiei proprii. La început, are loc fobia dezvoltată ca simptom al nevrozei anxioase. Ideea care constituie fobia poate fi substituită printr-o altă idee sau mai ales, prin procedeul protector care pare să uşureze frica. Astfel este femeia care a început prin frica de a deveni nebună (fobie ipohondriacă destul de comună la femeile nesatisfăcute de către soţul lor, ca ea). Pentru a-şi garanta că nu va deveni nebună, că ea se va bucura de inteligenţa sa, ea a început a-şi pune întrebări, a se ocupa de probleme serioase. Aceasta o liniştea la început, dar cu timpul această obişnuinţă a speculaţiei s-a substituit fobiei (Grübelsucht). " Pentru ce trebuie să respir? Dacă nu aş vrea să respir?"

Acest fenomen de obsesionalizare a fobiei este mai frecvent decât ar părea la prima vedere. Faptele clinice demonstrează această dinamică psihopatologică.

Obsesia, în sensul ei psihiatric de idee, sentiment, imagine sau act, care se impune spiritului în mod incoercibil şi repetitiv, apare cu această denumire în 1799 (Wartburg). Dar acest mod de a înţelege obsesia se aplică îndeosebi pentru domeniul intelectual, definiţia de mai sus aplicându-se conceptului de *idee obsedantă*, aşa cum a fost ea formulată de către psihiatria clasică.

Însă tendinţa constrângătoare, asediatoare şi în contradicţie manifestă cu convingerile şi atitudinile personalităţii, se extinde şi la domeniu actelor care iau forma unor manii absurde sau a unor ritualuri, variabile în ce priveşte coplexitatea lor. Toate acestea ţin de domeniul *compulsiilor* sau a *"agitaţiilor forţate"*, cum le denumea P. Janet în monografia sa. *"Compulsiunile sunt echivalentul, în domeniul acţiunii, a ceea ce sunt obsesiile în domeniul gândirii"* (R. Pujol şi A. Savy - subl.). De aceea, în psihiatria anglo-saxonă, nevroza obsesivă este denumită cu termenul de nevroză obsesiv-compulsivă.

În psihiatria germană, unitatea dintre obsesie şi compulsii este precizată de termenul de Zwangneuroze, în care "zwang" desemnează *compulsia gândirii sau obsesie (Zwangsvorstellungen)*, actele *compulsive (Zwangshandlungen)* ca şi *afectele compulsionale (Zwangsaffekte)*, fenomene subliniate încă de P. Janet (1910).

Cu alte cuvinte, obsesia se raportează atât la domeniul intelectual ca şi la cel afectiv, dar în acelaşi timp şi la componentele ideo-motorii cu expresivităţile lor acţionale, atât a actelor cât şi a voinţei împlinite toate cu sentimentul constrângerii şi desemnate prin termenul de obsesiv-compulsive.

E. Régis clasifică obsesiile în: **1)** *obsesia îndoielii* propriu-zise; **2)** *obsesiile scrupulului*; **3)** *obsesiile cuvântului, cifrelor, limbajului*; **4)** *obsesia sentimentelor şi afectelor*; **5)** *obsesiile nosofobice* etc. „Dar - subliniază

Régis - aşa cum am spus-o pentru fobii, şi aici nu este decât o nomenclatură artificială, o obsesie putând intra, totodată, în mai multe din aceste categorii".

Raportându-se la obsesiile ideative, E. Régis consemna următoarele caracteristici, în care apare ca fiind dominantă îndoiala anxioasă: „În realitate toate obsesiile ideative, oricare ar fi ele, reprezintă simple varietăţi ale unui singur şi acelaşi sindrom, în care ideea, variabilă şi schimbătoare de altfel, nu este decât traducerea exterioară, veşmântul exterior al anxietăţii psihice. Şi chiar când se examinează lucrurile de mai aproape, se vede că cea mai mare parte a ideilor ce se observă în obsesii nu sunt, cu toate variantele pe care le comportă gândirea umană, decât idei de ezitare, de nehotărâre, de perplexitate, într-un cuvânt, de *îndoială*; astfel că se poate spune, fără frică de a ne înşela, că *îndoiala anxioasă* este la baza celei mai mari părţi, dacă nu a tuturor obsesiilor".

Pe de altă parte, orice idee obsedantă, graţie automatismului, tinde - împotriva voinţei bolnavului şi a conştiinţei sale - de a se transpune în emoţii, în mişcare sau în act şi, îndeosebi, în cazul obsesiilor impulsive. Ca atare, *obsesia este, în acelaşi timp, o tulburare de emotivitate, reprezentare, memorie, gândire, conştiinţă, voinţă, acţiune, mişcare*, fenomene care, în mod automatic, irezistibil, incoercibil îl domină pe bolnav perturbându-i dinamica sintezelor psihice, îi fragmentează personalitatea şi-i polarizează chinuitor conştiinţa în ce priveşte sensurile şi semnificaţiile. Toate aceste perturbări angajează personalitatea în ansamblul său mobilizând-o în sensul de *a lupta* împotriva obsesiilor spre a realiza un echilibru optimal al proceselor de asimilare şi acomodare adaptativă, de polarizare şi depolarizare, fenomen care se închide în cazul nevrozei obsesiv-compulsive într-un cerc vicios ce duce la creşterea anxietăţii bazale ce se află la baza şi în structura obsesiei şi care perturbă desfăşurarea normală a activităţii psihice.

Împotriva invaziei obsesive sistemul psihic se mobilizează, elaborând mijloacele sale de apărare care, după E. Régis şi Th. Beltet (1898) constau în: **1)** prevenirea acceselor obsedante; **2)** dominarea acceselor când acestea survin; **3)** atenuarea efectelor emotive sau disimulărilor.

Clasificarea obsesiilor este, aşa cum rezultă din cele de mai sus, de o dificultate enormă dacă reţinem că ideile care constituie elementul intelectual al obsesiei sunt infinit de variate şi se poate spune că sunt tot atâtea obsesii cât de multe idei poate genera gândirea umană. Aceasta atestă caracterul predominant intelectualizat al emoţiei şi anxietăţii în obsesii, spre deosebire de alunecarea mai evidentă în somatic în cazul emoţiilor ce însoţesc fenomenele fobice.

„Există totuşi ... idei care se impun mai frecvent spiritului. Dintre toate, acestea sunt cele care se referă la sănătate, existenţă, la viaţa viitoare, la cuvinte, la cifre etc. (obsesii ipocondriace, metafizice, obsesiile îndoielii). Vin apoi cele relative la frica de un eveniment, de un obiect, de un animal (obsesiile fobice); în fine, cele relative la o înclinare (predispoziţie) sau la un sentiment oarecare (gelozie, dragoste, religie etc.).

Ideile obsedante nu sunt, în general, idei absurde, imposibile, de obicei ele sunt *verosimile* şi nu au ca trăsătură morbidă decât îngroşarea, dominarea, persistenţa lor" (E. Régis).

O clasificare a obsesiilor şi manifestărilor obsesive poate că ar fi necesară, tematica obsedantă fiind infinit de variată şi totodată ţinând în primul rând de nivelul de integrare psihică, ideo-afectivă individuală dominant angajată de şi pe ideea obsesivă, în raport de capacitatea de integrare ideo-afectivă, începând cu structurile psihice bazale şi terminând cu cele superioare noogenetice, ale conştiinţei şi ale acţiunii. În acest sens, ar fi, poate, corect să se înceapă cu *dispoziţiile obsesive, reprezentările obsesive, intuiţiile obsesive, obsesiile fobice, obsesiile ipocondriace, reprezentările obsesive, amintirile obsesive, ideile obsesive, tendinţele obsesive, actele obsesive* (*compulsive*) etc.

Psihiatrii germani utilizează termenul de *anancast* termen sinonim în limba germană cu cel de obsesiv-compulsiv din limba franceză şi engleză.

K. Schneider distinge pentru anancast (obsesiv) ca fiindu-i particulare nesiguranţa şi neliniştea şi-l citează în acest sens pe Achaffenburg care scria că: „un mare număr de *reprezentări obsesive* iau naştere din sentimentul neliniştii şi al nesiguranţei şi cred că acest fapt nu lipseşte din nici o neurastenie". Ca şi E. Kahn şi K. Schneider referindu-se la termenul de anancast notează că s-a ales acest termen în locul termenului obsesiv (utilizat doar de Ziehen) deoarece în limba germană „nu se poate realiza o formă adjectivală pornind de la obsesie".

P. Janet despre fenomenele obsesiv-compulsive

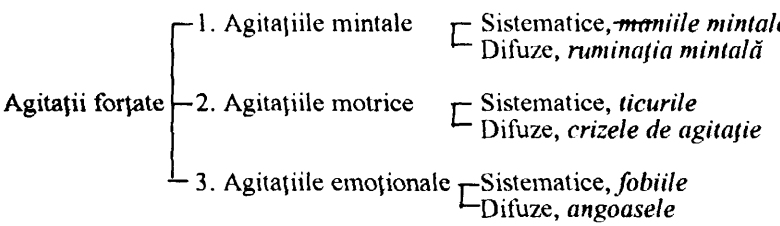
De altfel, însuşi P. Janet referindu-se la sentimentul ruşinii pentru propriul corp, la boala scrupulului, nota că în toate aceste obsesii există un caracter net compulsiv. „Din acest punct de vedere - scrie P.Janet - se confirmă legea generală care afirmă că *în orice idee predominantă*, există o *tendinţă la mişcare*" şi că această tendinţă la mişcare apare cu atât mai mult în *obsesiile impulsive*. Pe de altă parte, P. Janet nota, de asemenea, că: „Eu cred că trebuie mers mai departe şi recunoscut că în impulsie (citeşte compulsie - subl. ns.) se află un caracter comun toturor obsesiilor, deşi ea prezintă grade destul de variabile". Reluând aceeaşi idee cu privire la caracterul compulsiv al ideii obsedante, P. Janet preciza: „Problema importantă constă în a şti până la ce punct această tendinţă la act este puternică. Destui autori şi în particular Westphal, care a descris printre primii aceste idei, le denumesc impulsii irezistibile, şi mulţi fac din irezistibilitate unul din caracterele esenţiale suficiente pentru a denumi aceste fenomene *anancasme* (anagke)", aşa cum a fost propus termenul de către J. Donath (1896).

Acelaşi autor raportându-se la „agitaţiile forţate" sau la compulsii cum se denumesc azi, scrie următoarele: „Obsesiile propriu-zise, adică ideile reprezentând în spiritul subiectului evenimente, obiecte şi *mai ales*

acţiuni (subl. ns) într-o manieră generală nu ne-au părut a avea o dezvoltare suficientă pentru a explica boala, permiţând să ne facem o idee generală despre aceste crize". "Există, evident, alte *fenomene patologice care se adaugă obsesiei* (subl. ns) şi care determină caracterul său penibil şi maladiv. Noi am remarcat atunci că *aceiaşi bolnavi sunt chinuiţi de un alt grup de simptome care nu trebuiesc confundate cu obsesia propriu-zisă* (subl. ns). Ei se plâng că, fără a-şi reprezenta o idee determinată, sunt totuşi forţaţi de a gândi într-o manieră exagerată, că mintea lor lucrează fără voia lor, că ei sunt chiar *forţaţi* de a îndeplini mişcări cu totul inutile şi de a se agita fără nici o necesitate, în fine, că ei simt într-o manieră *irezistibilă* emoţii violente fără ca acestea să fie suficient de justificate prin circumstanţele prezente. Aceste operaţiuni foarte diverse par uneori a se efectua în legătură cu obsesiiile, dar ele există foarte adesea fără să fi existat o obsesie, adică o idee generală destul de precisă; ele constituie un alt grup de simptome mai simple decât primele. Alături de ideile obsedante (Zwangsvortsellungen), cum spunea foarte bine un autor german, Thomsen, există procese obsedante (Zwangsvorgänge) al căror cadru este cu mult mai larg.

Aceste procese obsedante au drept caracter esenţial, cel puţin aparent, de a se dezvolta de o manieră aproape irezistibilă, fără consimţământul expres al bolnavului. Deşi acest caracter ar fi de examinat şi de discutat, se poate pentru început admite importanţa acestei aparenţe şi să se ţină cont în desemnarea acestei grupe de fenomene. Eu sunt foarte derutat în a găsi un termen general care să denumească toate aceste fenomene de manii mintale, de ruminaţie mentală, de ticuri, de agitaţii motorii, de fobii, de angoase, şi totuşi eu cred că este esenţial a le reuni într-o grupă unică. J. Donath, de la Budapesta, găsindu-se în prezenţa aceleiaşi dificultăţi, a propus cuvântul de *„anancasme"* (de la grecescul anagkasmo - a forţa). Cuvântul nu este fără interes, dar el este atât de straniu şi atât de puţin uzitat încât eu ezit a-l adopta ca titlu al acestui capitol. Germanii au expresii destul de fericite, „ Zwangsprocessus, Zwangsvorgänge"; eu mă limitez la a le traduce adăugând totuşi un detaliu. Aceste operaţii forţate nu sunt operaţii normale, acestea sunt *operaţii ale gândirii, ale actului, ale emoţiei* (subl. ns) care sunt, în acelaşi timp *excesive, sterile* şi *de ordin inferior* ... Mi se pare că cuvântul *„agitaţie" reuneşte destul de bine aceste diverse caractere; de asemenea, în lipsă de ceva mai bun, voi reuni această grupă secundară de simptome sub acest nume „agitaţiile forţate"* care în terminologia actuală corespund termenului de *acte obsesive sau compulsive* (subl. ns - M. Ş.).

„Agitaţiile forţate" pot fi divizate în următoarele trei grupe, după cum este vorba de *gânduri, mişcări* sau *fenomene emoţionale*, remarcând că în fiecare grupă compulsia se poate prezenta *într-o manieră sistematică* sau *de o manieră difuză*. Într-o manieră schematică, P. Janet clasifică „agitaţiile forţate" sau compulsiile pe care, aşa cum am văzut, le asimila cu termenul „straniu" de *anancasme* astfel:



(cf. P. Janet)

Din tabelul reprodus după P. Janet (*Les obsessions et psychastenie*, Ed. F. Alcan, Paris, 1908) vom înţelege că „agitaţiile forţate" corespund terminologiei actuale de „compulsii" (Zwang) în care disting:

1. componenta intelectuală compulsivă (*agitaţiile mintale*) ale gândirii şi care ar corespunde în terminologia germană termenului de *Zwangsvorstellungen* adică *compulsiunile gândirii sau obsesiile*;

2. *„Agitaţii motrice"* sistematice sau difuze au corespondentul în terminologia germană de *Zwangshandlungen* - ceea ce înseamnă *acte obsedante sau compulsive*, iar în terminologia actuală ar corespunde termenului de *comportament compulsiv* sau de *conduită compulsivă*;

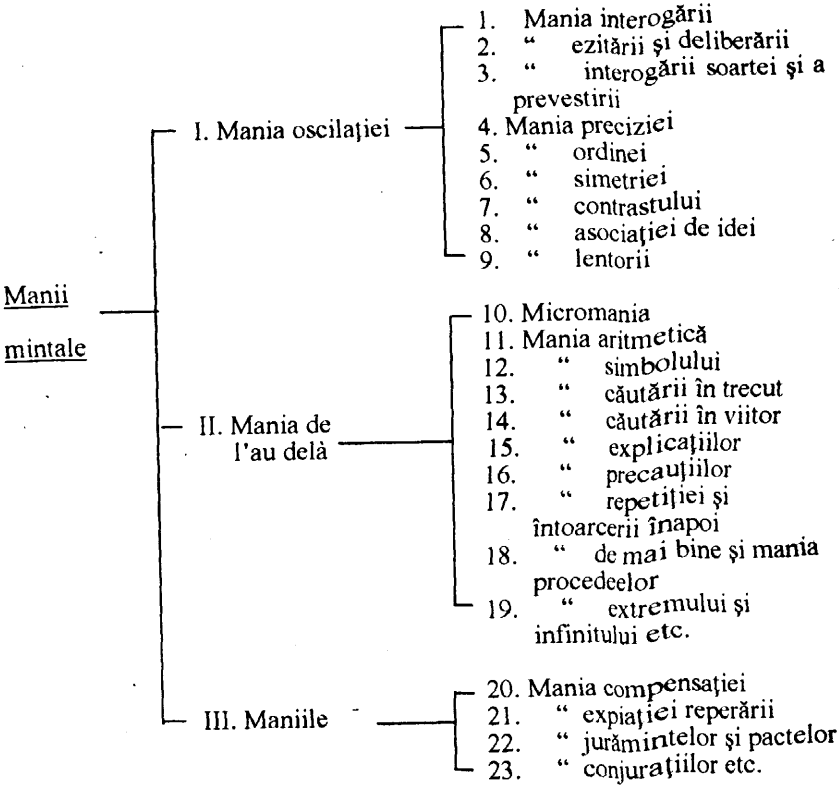
3. *„Agitaţiile forţate emoţionale"* sistematice sau difuze *corespund afectelor compulsionale* care în terminologia germană au sinonimul de *„Zwangsaffeckte"*.

Ca atare în orice manifestare obsesivă vom distinge deci: 1. o *componentă ideativă, intelectuală* - obsesia; 2. o *componentă afectiv-emoţională compulsivă* sub formă de angoasă sau anxietate cu elementul fundamental constituit din teamă; 3. *componenta ideativ-intelectuală* şi cea afectiv-emoţională vor determina la *acţiunea compulsivă de luptă* împotriva acestor structuri ideo-afective abnorme. Pe de altă parte toate cele trei componente ale nevrozei obsesiv-compulsive (Zwangneurose) constituie o unitate indisociabilă, obligatorie în considerarea fenomenului obsesiv, toate aceste structuri ideo-afective şi acţionale având caracter compulsiv, de constrângere, de asediere, de investire, de blocare, adică *toate au caracter obsesiv-compulsiv, obsesia fiind indisociabilă de lupta activă pe care o dezvoltă bolnavul pentru a înlătura „corpul străin" intrus pe fluxul normal al gândirii.*

„Agitaţiile mintale forţate" au raporturi strânse cu obsesiile al căror sinonim sunt după opinia noastră şi constau din *„operaţiuni intelectuale"*, *„reflexii, comparaţii, cercetări"* ce se impun irezistibil conştiinţei şi care, atunci când sunt sistematizate sunt denumite de P. Janet *„manii mintale"* ce ocupă interminabil spiritul preocupat disproporţionat în raport cu importanţa reală a lucrurilor de care se ocupă. Când agitaţiile mintale sunt difuze, ele apar ca *ruminaţie mintală* ce se poate confunda cu mentismul sau fuga de idei şi care după opinia noastră include şi o perturbare a melodiei cinetice optimale a reprezentărilor, imaginilor şi

îndeosebi a proceselor mnezice, în particular a celor de prezentificare corectă a trecutului articulat optimal cu prezentul.

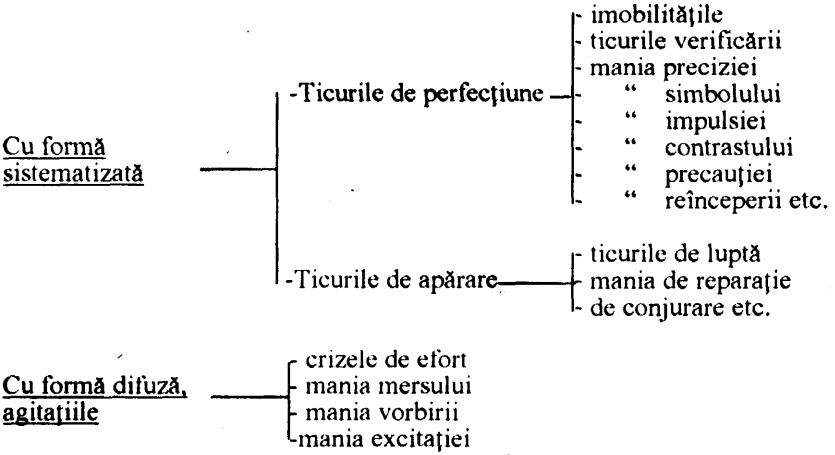
În cadrul maniilor mintale, deci a obsesiilor, P. Janet includea schematic următoarele simptome care însoţesc şi reprezintă fenomenul obsesiv:


Manii mintale
I. Mania oscilaţiei
1. Mania interogării
2. " ezitării şi deliberării
3. " interogării soartei şi a prevestirii
4. Mania preciziei
5. " ordinei
6. " simetriei
7. " contrastului
8. " asociaţiei de idei
9. " lentorii
II. Mania de l'au delà
10. Micromania
11. Mania aritmetică
12. " simbolului
13. " căutării în trecut
14. " căutării în viitor
15. " explicaţiilor
16. " precauţiilor
17. " repetiţiei şi întoarcerii înapoi
18. " de mai bine şi mania procedeelor
19. " extremului şi infinitului etc.
III. Maniile
20. Mania compensaţiei
21. " expiaţiei reperării
22. " jurămintelor şi pactelor
23. " conjuraţiilor etc.

(cf. P. Janet, op. cit.)

În acelaşi capitol, P. Janet introduce *ruminaţia mintală* şi *reveria forţată* subliniind unitatea clinică a acestui capitol.

În ce priveşte *agitaţiile motrice forţate* sau acţiunile cu caracter obsesiv-compulsiv care însoţesc „maniile mintale", acestea aparent nu reprezintă elementul esenţial, dar în realitate au acelaşi caracter de a nu fi complet inconştiente şi nici fără participarea voinţei bolnavului pentru înlăturarea lor. *Agitaţiile motrice forţate* sau *actele compulsive* sunt clasificate de P. Janet astfel:



(cf. P.Janet, op. cit.)

Referindu-se la caracterele generale ale agitaţiilor forţate P. Janet le rezuma după cum urmează: „... aceste crize de agitaţii forţate, fie că e vorba de ticuri, excitaţii, ruminaţii sau angoase, încep aproape întotdeauna în legătură cu unul sau altul dintre aceste patru fenomene principale, *actul voluntar, atenţia, emoţia, efortul de a gândi profund* (subl. ns. M.Ş.). Noi putem de acum înainte desemna aceste fenomene provocatoare sub numele de *fenomene primare*, în timp ce agitaţiile forţate, care vin apoi, vor fi considerate ca *fenomene secundare*", iar în ce priveşte substituirea fenomenelor secundare celor primare, P. Janet considera că în cazurile nete *actul, credinţa, emoţia* care constituie fenomenul primar, dacă nu ajunge la final, dispare complet, fenomen care constituie *„faptul capital al ruminaţiei, agitaţiei şi angoasei"*. Când fenomenul primar se realizează într-o manieră care să satisfacă conştiinţa bolnavului atunci, în locul acestor fenomene se dezvoltă brusc fenomenele secundare, care sunt variate şi se exprimă sub formă de ticuri, eforturi, crize de agitaţie, tulburări viscerale, palpitaţii, sufocări, angoase, operaţii mintale, ruminaţii. În acelaşi timp, P. Janet subliniază un caracter particular pentru *ruminaţii care se apropie de vis* prin caracterul lor vag, de repetiţie monotonă şi de incoerenţă. „Un alt caracter al visului care se regăseşte în aceste ruminaţii este declamarea. Visul, cum se ştie, este declamator *„un purece mă înţeapă, zice Descartes şi eu visez la o lovitură de sabie"* (subl. ns.). La fel, în aceste ruminaţii, totul este luat în tragic; nu este vorba decât de moarte, de crime contra naturii, de infanticid, de poetul cu demonii" şi de asemenea, un alt caracter al acestor fenomene care ni se pare, de asemenea important din punctul de vedere al particularităţilor dominantelor psihoneurofiziologice. *„Ideile care invadează spiritul în cursul ruminaţiei reprezintă deci ideile unei alte vârste, ideile copilăriei, ale gândirii unei civilizaţii vechi şi inferioare sau a unui mediu social mai umil şi a ideilor analoge visului"* (subl. ns). Emoţiile pe care pacientul le trăieşte *„nu sunt emoţii precise în raport cu o situaţie*

reală, acestea sunt emoţiile cele mai simple, cele mai elementare şi cele mai abstracte într-un oarecare fel" (subl. ns). Toate acestea atestă instalarea unei dominante descendente neuropsihofiziologice, care duce la o regresie psihică a gândirii, în cazul obsesiilor severe, la nivelul unei gândiri magice sau mitice, religioase etc.

Dar alături de caracterele esenţiale ale fenomenelor „forţate" apar şi alte caracteree care se întâlnesc în lucrările clasice care descriu obsesia. Printre aceste caracteree *conservarea conştiinţei, irezistibilitatea acestor „agitaţii" şi satisfacţia sau uşurarea consecutivă la sfârşitul crizei.*

În ce priveşte *conservarea conştiinţei*, aceasta se referă la faptul că pacientul nu este complet invadat de agitaţii, interogaţii, angoasă, ruminaţii, ci acestea apar ca incomplete, nu duc la delir, bolnavul critică aceste operaţii, este nemulţumit de operaţiile primare, are sentimentul de insuficienţă, elemente care permit pacientului să nu delireze.

Referindu-se la *irezistibilitatea* sau caracterul compulsiv al procesului mintal patologic, P. Janet scrie că: „Aceste trei operaţii secundare: *mişcările, ruminaţiile, angoasele* (subl. ns) sunt întotdeauna reprezentate ca impunându-se subiectului într-o manieră irezistibilă. *Zwangsvorstellungen* spunea Westphal, *Zwangsprocessus* spunea Meschede, *diateza incoercibilităţii psihice*, spunea Tanzi. J. Donath de la Budapesta a propus chiar pentru a reuni toate aceste fapte numele bizar de *anancasme* (*anangke*)" scria P. Janet. Termenul de irezistibilitate este foarte puţin clar, deoarece a fost aplicat nu de medicul care observă din exterior ci de pacient în raport cu trăirile pe care le are faţă de fenomenele secundare.

Cu alte cuvinte, după opinia lui P. Janet, *anancasmele* ar cuprinde *Zwangsvorstellungen* (compulsiile gândirii sau obsesiile), sau *Zwangsprocessus*, sau diateza incoercibilităţii psihice, la care se adaugă *Zwangshandlungen* (actele obsedante sau compulsive) şi *Zwangsaffekte* (afectele compulsionale) sau „agitaţiile forţate emoţionale" în denumirea lui P. Janet.

Conchizând asupra caracterelor aparente ale fenomenelor forţate sau anancastice, P. Janet nota în opera sa celebră consacrată obsesiilor şi psihasteniei următoarele: „Într-un cuvânt, aceste trei caractere, a *conservării conştiinţei, a irezistibilităţii, a satisfacţiei* ce sunt date totdeauna drept caractere esenţiale ale crizei de agitaţie forţată nu sunt caractere psihologice obiective recunoscute de medic". Acestea sunt caractere subiective, adică *sentimente de îndoială, de absenţă a libertăţii, de resemnare* pe care bolnavul le exprimă el însuşi în legătură cu crizele sale. Pentru a înţelege aceste caractere şi simbolizări noi suntem obligaţi la studiul sentimentelor pe care le simt psihastenicii în legătură cu crizele lor, la a examina starea lor mintală în timpul crizei şi în afara crizei, aspect căruia de obicei psihiatrul îi acordă mai puţină importanţă.

„Dacă lăsăm la o parte aceste sentimente subiective mărginindu-ne să rezumăm aici caracterele obiective, *crizele de agitaţie forţată ne apar esenţial ca un ansamblu de operaţiuni psihologice, de gânduri, de acte, de emoţii, care sunt inutile şi de ordin inferior şi care se dezvoltă de o manieră exagerată cu ocazia unui act, a atenţiei, a unei credinţe, a unei emoţii care*

nu s-au putut executa, sau care nu sunt executate decât de o manieră foarte incompletă. Pentru a înţelege această alterare a fenomenelor primare care este ocazia declanşării fenomenelor agitaţiei forţate ne va trebui să examinăm încă starea funcţiilor psihologice ale subiectului, starea voinţei şi a atenţiei sale. Aceste studii trebuie să se unească celor privind sentimentele ... ceea ce ne va permite să ne facem o idee generală despre aceste crize". (subl.ns. M. Ş.)

Din citatul de mai sus se desprinde cu claritate faptul că toate „agitaţiile forţate" aşa cum subliniază P. Janet sunt „fenomene de ordin inferior" (inconştiente) şi care apar ca fenomene primare alterate, dezvoltate într-un mod exagerat „cu ocazia unui act, a atenţiei, a unei credinţe, a unei emoţii care nu s-au putut executa sau care nu sunt executate decât de o manieră foarte incompletă". Dacă examinăm cu atenţie aceste formulări lapidare, toate ne conduc în ultimă instanţă la refulări, la fenomenele de dominanţă şi de transformare şi simbolizare a excitaţiilor ce au loc la acest nivel şi în fine toate ne conduc la teoria despre rolul inconştientului în nevroze formulat atât de P. Janet cât şi de S. Freud.

Sigismund Freud despre „Nevroza obsesiv-compulsivă (Psihastenia lui P. Janet)"

În textul de mai jos pe care-l reproducem după S. E. Jelliffe şi W. A. White, sunt reproduse citatele din Freud, luate din elaborarea originală a conceptului de nevroză compulsivă şi care fiind oarecum absconse şi dificil de înţeles au fost intercalate printre ele comentarii, explicaţii şi exemple cu scopul de a le simplifica şi clarifica noţiunile puse în discuţie de S. Freud.

„Experienţele sexuale ale copilăriei timpurii - scrie S. Freud - au aceeaşi semnificaţie în ceea ce priveşte etiologia nevrozei compulsive ca şi a isteriei, deşi aici nu mai avem de a face cu pasivitate sexuală ci cu agresiuni plăcut săvârşite şi cu o participare la actul sexual care este plăcut resimţită (trăită), prin urmare avem de a face aici cu activitatea sexuală. Datorită acestei diferenţieri etiologice sexul masculin pare să fie preponderent afectat de nevroza compulsivă".

„Nevroza compulsivă se dezvoltă în forma sa deplină ca un tip de ceremonial expiator (de ispăşire) a actelor vinovat săvârşite adică a acelor acte săvârşite în mod activ de către pacient şi nu doar aprobate în mod tacit, motiv pentru care se face el însuşi responsabil".

„În toate cazurile mele de nevroză compulsivă am găsit, în plus, un substrat de simptome isterice care putea fi urmărit până la o activitate plăcută de pasivitate sexuală dintr-o epocă anterioară. Presupun că această coincidenţă este obligatorie şi că agresiunea sexuală timpurie, întotdeauna, presupune o experienţă de seducere. Dar sunt incapabil să prezint o descriere completă a etiologiei nevrozei compulsive. Eu cred doar că argumentul final după care isteria sau nevroza compulsivă ar avea originea în traumele infantile este determinat de relaţia temporală a dezvoltării libidoului".

„Esența nevrozei compulsive poate fi exprimată în această formulă simplă: obsesiile sunt întotdeauna reproșuri (dezaprobări) transformate, modificate și care sunt defulate (returnate din represia-înăbușirea în inconștient); ele se referă întotdeauna la o acțiune sexuală trăită, resimțită în mod plăcut în copilărie. Pentru a elucida această propoziție va fi necesar să descriem evoluția tipică a nevrozei compulsive".

„Modalitățile compulsive de a gândi și acționa sunt numai substitute ale reproșurilor care sunt distorsiuni (modificări) simbolice realizate spre a preveni recunoașterea de către pacient a semnificației reale, spre a păstra în afara conștiinței înțelegerea, deslușirea circumstanțelor reale ale comportamentului său de vinovat".

„Într-o primă perioadă - perioada de imoralitate infantilă - se petrec evenimentele care conțin germenii nevrozei de mai târziu. În copilăria cea mai timpurie apar pentru prima dată experiențele (trăirile) de seducție sexuală care ulterior determină represia (înăbușirea) iar aceasta este urmată de acte de agresiune sexuală împotriva sexului opus și care mai târziu se manifestă sub forma reproșurilor".

„Experiența originală denumită aici „seducție sexuală" trebuie înțeleasă într-un sens mult mai larg decât se acordă de obicei acestui termen. *Termenul „sexual" spre exemplu, se referă la întreg spectru al libidoului menit să conserve specia, așa cum s-a subliniat anterior.* Ascultarea unor istorioare „deocheate" ar putea prin urmare să constituie o astfel de formă originală de „seducție sexuală", a cărei semnificație negativă (păcătoasă) este rapid amplificată de tendința copilului de a ascunde de mama tot ceea ce băieții de la școală îi spun, deși este avertizat că trebuie să mărturisească pentru motivul evident că trebuie prevenită chiar și această formă de plăcere autoerotică. Mai târziu chiar și schimbarea și împărtășirea unor secrete de natură sexuală cu alți băieți devine substrat pentru viitoare reproșuri. Aceasta este desigur doar una din nenumăratele feluri de experiențe care pot provoca mecanisme similare de apărare".

„Această perioadă se sfârșește prin apariția maturității sexuale (adesea este vorba de o automaturare). *Acum reproșul se leagă de amintirea acelei trăiri, acțiuni plăcute, iar legătura cu experiența inițială de pasivitate face posibilă - adesea numai după efort conștient și susținut - înnăbușirea lui și înlocuirea lui cu un simptom primar de apărare* (subl. ns. - M. Ș.). Cea de a-3-a perioadă, cea de aparentă sănătate dar în realitate cea în care mecanismul de apărare funcționează cu succes, începe cu simptomele de scrupulozitate, rușine (sfială) și neîncredere".

„În următoarea perioadă *boala se caracterizează prin reîntoarcerea amintirilor înnăbușite, deci prin înfrângerea mecanismelor de apărare* (subl. ns. - M. Ș.); dar rămâne neștiut dacă redeșteptarea acestor amintiri este cel mai adesea accidentală și spontană sau dacă se produce ca o consecință ale unor perturbări sexuale actuale care ar fi factori adiționali, suplimentari. *Dar amintirile renăscute și reproșurile ce decurg din ele niciodată nu intră ca atare (neschimbate) în conștiință, iar ceea ce devine în conștient obsesie și efect obsesiv și înlocuiește amintirea patogenă*

inconştientă sunt elemente de compromis între ideile represate şi ideile care reprimă" (subl. ns. - M. Ş.).

Un exemplu va face toate acestea clare. Un tânăr, pe vremea când era un băieţel, a fost victima unei tentative homosexuale. Evenimentul s-a produs într-o parte a unei camere în care podeaua era acoperită de o blană de urs alb. Ca urmare a acestui episod ruşinea şi neâncrederea au devenit trăsături de caracter evidente. Mai târziu el s-a complăcut în obiceiul masturbării pentru care prefera camerele întunecoase. În timp ce practica acest act interzis se temea să nu fie descoperit şi îşi imagina că ar putea vedea ochii strălucitori ai acuzatorilor săi, urmărindu-l. Albul acestor ochi era cel mai terifiant amănunt. Aici găsim reântoarcerea târzie a amintirilor represate (înnăbuşite) exprimate simbolic prin frica de albul ochilor imaginari ai celor care-i descoperă obiceiul. Încă mai târziu această frică a devenit generalizată în dezgust şi teama de obiectele albe în general, în special de albul ouălelor. Această fobie este de aceea nu numai o expresie simbolică a amintirilor represate dar şi o apărare a durerii provocate de recunoaşterea lor. Este deasemenea un mecanism menit să reorienteze individul din practicile autoerotice către o cale sănătoasă de dezvoltare psihosexuală.

„Cu scopul de a descrie în mod clar şi probabil convingător procesul de represie, reîntoarcerea represiei şi formarea ideilor patologice de compromis va trebui să ne decidem asupra unor foarte bine definite ipoteze referitoare la substratul evenimentului psihic şi al conştiinţei. Atâta vreme cât dorim să evităm acest aspect va trebui să ne mulţumim cu înţelegerea mai degrabă metaforică a următoarelor observaţii. După cum conţinutul amintit al acţiunii reprobatoare forţează singur intrarea în conştient sau este însoţit de o stare de afect reprobatoare, avem două forme de nevroză compulsivă. Prima reprezintă obsesiile tipice care prin conţinutul lor atrag atenţia pacientului; numai o neplăcere indefinită este percepută ca o stare afectivă dar pentru conţinutul obsesiei singura stare afectivă potrivită va fi reproşul.

Conţinutul obsesiei este de două ori distorsionat atunci când îl comparăm cu conţinutul actului compulsiv infantil. În primul rând, ceva actual, curent, înlocuieşte experienţa trecută, iar în al doilea rând, aspectul sexual este înlocuit de o experienţă analogă nesexuală. Aceste două modificări sunt rezultatul tendinţei constante către represie (înnăbuşire), încă puternică şi pe care o atribuim ego-ului". *Influenţa amintirilor patogene reânviate este arătată, demonstrată de faptul că conţinutul obsesiei este încă parţial identic cu ceea ce a fost represat sau (acestui conţinut) îi putem găsi originea în ceea ce a fost represat prin direcţionarea corectă a gândirii* (subl. ns. - M. Ş.). Dacă cu ajutorul metodei psihanalitice, noi reconstruim originea unei obsesii individuale vom afla că o singură impresie actuală a determinat două curente în gândire diferite şi că acela care a omis amintirea refulată (represată), deşi incapabil de a deveni conştient şi de corecţie , se dovedeşte la fel de corect format din punct de vedere logic ca şi celălalt curent. Dacă rezultatele a două operaţii psihice nu concordă, contradicţia dintre cele două este posibil să nu poată fi

niciodată conciliată, din punct de vedere logic, dar ca un compromis dintre rezistenţa şi rezultatul patologic al gândirii, o obsesie aparent absurdă intră în câmpul conştiinţei alături de rezultatul normal al gândirii. Dacă ambele curente, fluxuri de gândire produc acelaşi rezultat, ele se întăresc reciproc astfel încât rezultatul normal câştigat al gândirii apare acum din punct de vedere psihic ca o obsesie. Oriunde compulsia nevrotică se manifestă din punct de vedere psihic, ea îşi are originea în refulare (represie, înnăbuşire). Obsesiile au, aşa cum s-a arătat, o evoluţie „durata psihică a compulsiei", care se datorează nu propriei lor valabilităţi, ci sursei din care provin, altfel spus sursei care furnizează o parte din substanţa (valabilitatea) lor.

O a doua formă de nevroză compulsivă apare dacă reproşul refulat (şi nu conţinutul refulat al amintirilor) forţează o dislocare în viaţa psihică conştientă. Printr-un proces de amestec psihic, starea afectivă de reproş se poate schimba în orice altă stare afectivă de neplăcere şi dacă aceasta apare nimic nu mai poate împiedica starea afectivă de substituţie să devină conştientă. Astfel reproşul (de a fi efectuat în copilărie unele manevre sexuale) poate fi uşor transformat în ruşine (dacă se raportează la altcineva) în anxietate ipohondriacă (din cauza consecinţelor fizice dăunătoare a acestor sentimente de vinovăţie) în anxietate socială (temându-se de pedeapsa altora), în anxietate religioasă, în erori de observare (frica de a trăda acele manevre faţă de alţii), în frica de tentaţii (neâncredere justificată în capacitatea morală de a rezista) etc. Alături, conţinutul amintirii actului care determină reproşul poate deasemenea să fie prezent în conştiinţă, sau pot fi împreună ascunse, ceea ce face diagnosticul foarte dificil. Multe cazuri care la o examinare superficială sunt considerate drept obişnuite (neurastenie) ipohondrie, adeseori aparţin acestui grup de stări afective compulsive; cele mai frecvent considerate „neurastenii periodice" sau „melancolii periodice" par, în mod special să fie explicate prin stări afective compulsive sau obsesii, o descoperire care este importantă din punct de vedere terapeutic.

Alături de aceste simptome de compromis care semnifică reântoarcerea represiei şi de aici insuficienţa mecanismului de apărare iniţial, nevroza compulsivă formează o serie de alte simptome care au cauza total diferită. Ego-ul încearcă să se apere împotriva acestor produse ale amintirii iniţiale refulate şi în acest conflict de apărare apar simptome care pot fi înţelese ca „mecanisme secundare de apărare". Acestea sunt întrutotul măsuri protective care au avut un rol benefic în lupta împotriva obsesiilor şi a stărilor afective obsesive. Dacă aceste ajutoare în lupta de apărare reuşesc realmente să refuleze din nou simptomele de reântoarcere, impunându-se ele însele în Ego, compulsia se transmite ea însăşi (se transformă) în sistemul de măsuri protective ca atare şi produc o a-3-a formă de nevroză compulsivă. Acestea nu sunt niciodată primare, ele niciodată nu conţin nimic altceva decât o apărare, niciodată o agresiune. Analiza psihică arată că în pofida particularităţii lor ele pot fi complet explicate prin reducerea la amintirea compulsivă căreia i se opun.

În loc de mai multe, un singur exemplu:

Un băiat de 18 ani şi-a construit (eleborat) obsesiv următorul ceremonial înainte de culcare: nu putea adormi până ce nu relata minuţios manierele sale, toate cele trăite în ziua respectivă; nici cel mai mic petec de hârtie sau orice alt gunoi nu era permis să se afle seara pe covorul dormitorului său. Patul trebuia să fie mutat lipit de perete, 3 scaune trebuiau să stea în faţa lui iar pernele trebuiau puse într-o anumită poziţie. Spre a putea adormi el trebuia să lovească cu ambele picioare, de un număr de ori iar apoi trebuia să se culce pe o parte. Aceasta a fost explicată astfel: cu ani în urmă, în timp ce punea acest băieţaş drăguţ în pat, servitoarea se folosea de acest prilej pentru a se culca cu el şi a abuza de el sexual. Când această amintire a fost mai târziu trezită de o experienţă recentă, ea s-a făcut cunoscută conştientului prin compulsia de a efectua ceremonialul mai sus amintit al cărui sens a putut fi descoperit iar detaliile verificate prin psihanaliză. Scaunele din faţa patului lipit de perete nu permiteau nimănui să aibă acces la el; aranjamentu-l pernelor într-o anumită manieră - astfel încât să fie diferit aranjate decât în cursul serii; mişcarea cu picioarele - spre a alunga persoana care stătea pe el; dormind pe o parte - deoarece în cursul acelei experienţe stătea pe o parte; confesiunea detaliată făcută mamei sale - pentru ca drept urmare a interdicţiei seducătoarei sale, el a ascuns de mama sa acea experienţă sexuală precum şi altele; în fine, păstrarea curată a podelei dormitorului său - deoarece acesta era principalul reproş pe care trebuia să-l audă de la mama sa până în acel moment.

„Apărarea secundară a obsesiilor poate să fie produsă printr-o puternică *deviaţie* spre alte gânduri cu conţinut posibil contrar; de aceea în caz de succes se produce o *gândire compulsivă* permanent referitoare la subiecte abstracte şi transcendente, deoarece ideile refulate se menţin pe ele însele în domeniul senzorialului. Sau pacientul încearcă să stăpânească fiecare idee prin demers logic şi prin apelarea la *memoria conştientă; aceasta conduce la gândirea compulsivă iar examinarea la mania îndoielii.* Prioritatea percepţiei asupra memoriei în cursul acestor examinări (cercetări) întâi determină şi apoi forţează pacientul să adune şi să păstreze toate obiectele cu care vine în contact. Apărarea secundară împotriva stărilor afective compulsive se materializează într-un număr mai mare de măsuri de apărare care sunt posibil a fi transformate în acţiuni compulsive. Acestea pot fi sistematizate în raport de tendinţa lor. Putem avea măsuri de penitenţă (ceremonial enervant, plictisitor şi observarea numerelor), de prevenire (fobii diverse, superstiţii, pedanterie, agravarea sindromului primar al scrupulozităţii) măsuri de frică şi trădare (colecţionarea hârtiilor, timiditate) măsuri de a deveni inconştient (dipsomania). Printre aceste acte compulsive şi impulsii, fobiile joacă cel mai mare rol în limitarea existenţei pacientului.

Pentru ca o linie de apărări secundare, să devină necesară aceasta înseamnă că prima, apărările primare, nu au fost suficiente. Aceste apărări primare au fost rupte şi un efort mai viguros a trebuit să fie făcut de către psihic spre a se proteja pe sine. Psihicul, cu alte cuvinte, adoptă mecanisme care, atât cât este posibil, determină libidoul să nu recurgă la căi infantile de căutare a plăcerii şi îl forţează să adopte căile utilităţii sociale.

Fobiile îşi păstrează caracterul expansionist după cum s-a văzut în cazul citat în care frica de alb, iniţial simbolic legată de albul ochilor a devenit o frică de toate lucrurile albe, încercând să limiteze mereu activitatea pacientului prin bararea unui număr din ce în ce mai mare de modalităţi de expresie.

Ceremonialurile, sub forma unor succesiuni anumite de mişcări, precum în cazul băiatului citat mai sus de Freud, ticurile variate, repetarea unor formule, a unor rugăciuni, aranjamente speciale ale mobilelor, ale hainelor, ceremonial îmbăiatului, ale mâncării, ale îmbrăcatului etc., sunt foarte numeroase şi infinit de variate. Printre acestea, diferitele ceremoniale de curăţire sunt obişnuite. O pacientă, din cauza necurăţeniei gândurilor sale, are o frică permanentă că l-ar putea ofensa pe Dumnezeu, permiţând unor particule din secreţiile ei corporale să se interpună între ea şi El. Lacrimile de exemplu ar putea să fi fost provocate de gânduri necurate şi de aici cea mai mare grijă trebuie acordată spălării înainte de a rosti numele Domnului sau înainte de rugăciune. Această necesitate s-a extins la toate secreţiile şi astfel o mare cantitate de timp era consumată cu cele mai amănunţite şi chiar dureroase procedee de spălare şi prin evitarea oricărei forme de murdărie.

„Există cazuri în care putem observa cum compulsia se transformă din idee sau stare afectivă în conduită şi în alte cazuri în care compulsia oscilează între simptomele care reapar ale apărării secundare. Dar există şi cazuri în care nu se formează cu adevărat obsesii, ci amintirile refulate sunt înlocuite imediat prin conduite, măsuri defensive aparent primare. Aici se atinge acel stadiu care, în alte condiţii, constituie finalul evoluţiei nevrozei compulsive numai după producerea conflictului între mecanismele de apărare. Cazuri grave de această maladie sfârşesc cu o fixare a unor acţiuni ceremoniale, mania îndoielii generale (nebunia îndoielii generale) sau cu o existenţă excentrică determinată, confecţionată din fobii" (subl. ns. - M. Ş.).

Faptul că obsesiile şi toate elementele dereglate din ele nu se bucură de încredere se datoreşte probabil unui fenomen: acela că simptomul de jenă care este scrupulozitatea s-a format în timpul primei refulări şi şi-a câştigat validitatea (valabilitatea) compulsivă. Siguranţa faptului de a fi trăit moral întreaga perioadă în care apărarea a fost eficientă face imposibilul să se dea crezare reproşului care este de fapt esenţa obsesiei. Doar tranzitoriu, în timpul apariţiei unei noi obsesii sau uneori în stări melancolice profunde ale Ego-ului. Simptomele morbide ale *reamintirii* pot să favorizeze această încredere. „Compulsia" elementelor psihice descrise mai sus nu are în general nimic de-a face cu recunoaştere prin credinţă şi nu trebuie confundată cu acel moment desemnat sub numele de „forţă" sau „intensitate" a unei idei.

Principalele trăsături ale „compulsiei" rezidă în caracterul ei inexplicabil prin valenţele psihice ale conştiinţei, această trăsătură nesuferind nici o schimbare în funcţie de ideea de care este legată compulsia, în sensul că această idee ar fi mai puternică sau slabă, că ar fi mai mult sau mai puţin înţeleasă, mai plină de energie sau nu etc.

„Motivul pentru care obsesia sau derivatele ei nu pot fi puse la îndoială, atacate, este legătura ei cu amintirea refulată din fragedă copilărie, spunem aceasta deoarece reuşim să o aducem în plan conştient (acţiune pentru care metoda psihoterapeutică pare suficientă) şi compulsia dispare" (subl. ns. - M. Ş.).

Mecanismul nevrozei compulsive este prin urmare considerat ca fiind extrem de complicat, care produce o mare varietate de simptome, cu toate înţelesurile şi semnificaţiile posibile.

Acest mecanism, care a fost avansat de Freud printr-o manieră mai degrabă complicată, obscură, poate fi mai simplu enunţat prin aceea că, spre deosebire de isterie, în care disimularea se realizează prin transformarea materialului refulat în simboluri de boală somatică - aceasta fiind conversia - în nevroza compulsivă reconfigurarea se face numai în teritoriul vieţii psihice. Distorsiunea se produce prin înlocuirea stării afective cu idei indiferente (substituţia) şi prin apariţia unui ceremonial purificator. Frica de animale (şerpi, şoareci etc.) poate fi echivalentul conştient acceptat al fricii de sexualitate, la care se adaugă un tip de ceremonial şi care este bine ilustrat de cazul băiatului de 11 ani arătat anterior. Extrasele din Freud provin din toate lucrarile sale (1894-5). O lucrare mai recentă (1909) aprofundează subiectul. În această ultimă lucrare el discută mai profund distorsiunea prin care starea afectivă este înlocuită în realitate printr-un substituient cu semnificaţie minoră şi modul cum prin acest mecanism se dezvoltă ritualurile în final.

Ca rezultat al studiilor ulterioare Freud constată că elementele fundamentale care sunt în apariţie reciprocă în nevroza compulsivă sunt iubirea şi ura. Acest conflict fundamental se iscă foarte uşor şi este condiţionat de necesitate la copil. Astfel dragostea copilului este frecvent înlocuită cu ură faţă de părinţii care îl contrariază şi care îi interzic să facă unele activităţi plăcute. Alternanţa constantă dintre dragoste şi ură produce nehotărârea pe care aceşti pacienţi o manifestă atât de constant. Ei sunt în permanentă îndoială asupra cursului de urmat într-o acţiune pe care trebuie să o execute, îndoiala lor adevărată fiind de fapt îndoiala asupra puterii lor de a iubi. Dragostea şi ura coexistă „umăr la umăr", dragostea nereuşind niciodată să domine în mod absolut, ci, reuşind doar să refuleze ura în inconştient. Aceeaşi îndoială conduce la nesiguranţă în elaborarea diferitelor măsuri protective şi de apărare şi impune repetiţii nesfârşite, un aspect caracteristic al ritualurilor.

Nevroticii compulsivi sunt de regulă, persoane superioare care se străduie cu o energie impresionantă să atingă ţeluri elevate. Mecanismele care funcţionează la ei se regăsesc într-o măsură mai mare sau mai mică la noi toţi, dar din motive încă imperfect elucidate, în cazul lor duc la această formă particulară de boală. Freud sugerează, cu titlu provizoriu, că există o legătură între ura inconştientă şi componenta sadică a instinctului sexual, care a fost dezvoltat excepţional de mult şi a fost prea devreme şi prea profund refulat. Mai pe scurt, ceea ce s-a întâmplat cu aceşti pacienţi, a fost că un mod copilăresc de obsesiaţine plăcere, a fost prea mult subliniat în cursul dezvoltării lor psihosexuale astfel încât în acest domeniu ei rămân

fixaţi la acele modalităţi de obsesionalizare a plăcerii, care s-au dovedit eficiente şi rămân astfel incapabili să continuie evoluţia lor firească şi să părăsească acele obiceiuri. Idealurile conştiente ale pacientului sunt de aşa natură încât activităţile determinate de astfel de plăceri nu pot fi admise conştient şi astfel se naşte nevroza ca o expresie a acestui conflict. Deasemeni ca expresie a calităţilor esenţial morale ale pacientului, adică acele calităţi care determină insistent avansarea în procesul evoluţiei individului fiecare parcurge acelaşi drum evolutiv. Însă atunci când o fază oarecare (care ar trebui să fie scurtă) este amplificată şi prelungită apare elementul fundamental, generator al conflictului.

Alte opinii despre fenomenul obsesiv-compulsiv

W. Mayer-Gross, E. Slater şi M. Roth vorbesc şi ei ulterior despre sindromul obsesiv sau *compulsiv* care „... constă în apariţia sa sub forma unui conţinut mental, imagine, afect, impuls sau mişcare însoţit de ***senzaţia subiectivă de constrângere care întâmpină o rezistenţă internă***. Această rezistenţă dinspre partea sănătoasă a personalităţii prin care simptomul este recunoscut ca straniu sau morbid reprezintă elementul caracteristic, esenţial prin care veritabilele elemente compulsive pot să fie doesebite de alte fenomene de factură înrudită sau asemănătoare". Aceiaşi autori subliniază că simptomele compulsive au tendinţa de a lua *„o formă precis determinată* şi un *caracter repetat*". Autorii precizează că în momentul când este vorba de nevroza obsesiv-compulsivă atunci din punctul de vedere al simptomatologiei trebuie să se aibă în vedere că ***simptomele compulsive*** se întâlnesc şi la persoanele normale, la subiecţii cu psihoze funcţionale sau organice sau la cei cu reacţii nevrotice. Dacă se abordează obsesia din punct de vedere etiologic atunci vom nota faptul că: „... există un grup de ***persoane, denumite în general obsesive***, care prezintă un sindrom constituţional, o constelaţie bine exprimată a trăsăturilor de caracter, persoane care tind să sufere de o varietate de boală în care în mod obişnuit simptomele compulsive sunt de obicei cu caracter proeminent. Este necesar ca aceste două aspecte să fie menţionate în mod distinct. În cele ce urmează noi - afirmă autorii - vom limita folosirea cuvântului „obsesional" la sindromul constituţional cam în acelaşi mod în care Kahn a folosit cuvântul de „anancastic", iar folosirea cuvântului „compulsiv" pentru simptom".

Autorii consideră, de asemenea, că „Un temperament obsesional prezintă probabilitatea de a suferi de o nevroză anxioasă în care pot apare simptome compulsive; nu există nici o tendinţă din partea anxietăţii de a da naştere la simptome compulsive la acele temperamente care nu prezintă predispoziţie pentru aşa ceva".

„... Simptomele compulsive apar cu mai multă probabilitate la un anumit tip de personalitate şi cu cât devierea personalităţii este mai pronunţată, cu atât mai mare este posibilitatea apariţiei simptomelor. Însuşirile acestui tip de personalitate ce arată a fi de factură normală şi sunt prezente în oarecare măsură la majoritatea indivizilor sănătoşi, însă la

nevroticii obsesionali, ele ajung în mod obişnuit la un grad extrem. Aceste însuşiri au un caracter foarte distinctiv şi tind a se asocia împreună astfel încât se formează un *sindrom al personalităţii* cu caracter de identificare. Există o specificitate a personalităţii obsesive care lipseşte la cea neurastenică sau anxioasă. O descriere excelentă a fost dată de P. Janet (1908)".

În literatura americană se vorbeşte de *tulburarea obsesiv-compulsivă* sau de *nevroza obsesiv-compulsivă* constituită din obsesii şi compulsii. După *„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordes"(D.S.M.III-R)*, „Obsesiile sunt idei, imagini sau impulsiuni recurente şi persistente egodistonice, adică nu sunt experimentate ca fiind produse voluntar ci mai curând ca idei ce invadează conştiinţa şi sunt experimentate ca fiind lipsite de sens şi respinse efectuându-se încercări de a le ignora sau suprima. Compulsiunile sunt comportamente repetitive şi aparent intenţionate ce sunt executate după anumite reguli sau într-o manieră stereotipă; comportamentul nu este un scop în sine, dar este destinat să producă sau să prevină un eveniment sau situaţie viitoare; însă activitatea nu este conectată în mod realist cu ceea ce este destinată să producă sau să prevină, sau poate fi net excesivă. Actul este efectuat cu sentimentul compulsiunii cuplat cu dorinţa de a rezista compulsiunii (cel puţin iniţial); individul recunoaşte, în general, lipsa de sens al comportamentului său (aceasta poate să nu fie valabil pentru copilul mic) şi nu-şi procură plăcerea din efectuarea activităţii deşi aceasta duce la eliberarea de tensiune" (p. 235).

Tot conform D.S.III, tulburările nevrotice obsesiv-compulsive, aşa cum au fost definite mai sus, nu apar în cazul tulburărilor de personalitate de tip compulsiv care se caracterizează, dimpotrivă, prin următoarele trăsături: „Elementul esenţial este o tulburare de personalitate în care capacitatea de manifestare a elementelor sale este, în general, restrânsă; perfecţionism care interferează cu capacitatea de a surprinde tabloul complet al unui eveniment de viaţă. Insistenţa ca alţii să se supună modului său de a face lucrurile; devotament excesiv pentru serviciu şi productivitate mergând până la excluderea plăcerii şi indecizie. Indivizii cu această tulburare sunt avari cu posesiunile lor materiale şi cu emoţiile (rar fac complimente/cadouri); relaţiile de fiecare zi au un caracter convenţional, formal şi serios. Ceilalţi percep pe aceşti indivizi ca stilaţi şi „rigizi". Preocupările în legătură cu regulile, eficienţa, detaliile banale, procedeele sau forma interferează cu capacitatea de a avea o vedere largă asupra lucrurilor. De exmplu, un astfel de individ având rău plasată o listă de lucruri ce trebuiesc făcute, va pierde foarte mult căutând lista în loc să piardă câteva momente ca să reconstituie din memorie şi să treacă la îndeplinirea activităţilor. Timpul este rău utilizat, cele mai importante sarcini fiind lăsate în ultima clipă. Deşi eficienţa şi perfecţionarea sunt idealizate, ele sunt rar atinse. Indivizii cu această tulburare sunt întotdeauna atenţi la statutul lor în legătură cu relaţiile de dominaţă-supunere, deşi ei se opun autorităţii altora, insistă cu obstinaţie ca lumea să se conformeze modului lor de a face lucrurile. Ei nu recunosc sentimentele şi

resentimentele de indignare ori supărare pe care comportamentul lor le evocă la ceilalţi. De exemplu, un soţ poate insista ca soţia să-i indeplinească însărcinările, indiferent de planurile ei.

Munca şi productivitatea sunt realizate excluzând plăcerea şi valoarea relaţiilor interpersonale. Când este avută în vedere plăcerea, aceasta este ceva ce trebuie planificat şi muncit pentru ea. Totuşi, de regulă, individul continuă să-şi amâne activitatea plăcută - cum ar fi o vacanţă - astfel că aceasta poate să nu survină niciodată. Decizia de execuţie este evitată, amânată, tergiversată, poate din cauza unei temeri exagerate de a nu comite o eroare. De exemplu, sarcinile nu pot fi îndeplinite la timp pentru că individul ruminează asupra priorităţilor".

Aceste descrieri încearcă să circumscrie manifestările obsesiv-compulsive suficient de detaliat şi util pentru expunerea aspectelor clinice, cât şi pentru abordarea celor de ordin teoretic.

Obsesia este deci o tulburare complexă ce se manifestă ca o imagine sau ca un cuplu ideo-afectiv cu apariţie involuntară, incoercibilă şi anxioasă în câmpul conştiinţei, a conceptelor, a gândurilor, ideilor sau imaginilor parazite care tind să se impună prin efracţie Eu-lui pacientului evoluând printr-o luptă anxioasă alături de el, desigur, neacceptată raţional de către conştiinţă (L. Michaux). Fenomenul obsesiv apare atât în stare normală, cât şi în cea patologică şi de aceea nu-l putem încadra ca manifestare psihopatologică veritabilă decât în momentul în care perturbă activitatea intrapsihică şi acţiunile sau conduita bolnavului.

Deci, ceea ce caracterizează obsesiile, fie că acestea au un caracter foarte intens, mediu sau mai slab exprimat, este *parazitismul* lor absolut, *emanciparea acestora în afara voinţei bolnavului* şi *caracterul compulsiv, de constrângere anxioasă inexpugnabilă* prin care se impune în conştiinţa bolnavului care se dovedeşte incapabilă să le stăvilească apariţia. Într-adevăr, obsedatul este în situaţia psihologică a unui *asediat de o idee*, de o imagine care apare *ca un intrus, ca un musafir nepoftit şi incomod în câmpul conştiinţei*, idee sau imagine *străină preocupărilor sale conştiente* pe care este *incapabil s-o înlăture sau să o neutralizeze* şi de *inutilitatea şi incoercibilitatea căreia este, totodată, conştient şi anxios*, şi constrâns totodată să îndeplinească anumite acte de apărare.

În momentul în care o imagine mintală sau o idee apare insolit, repetat şi incoercibil în câmpul ideilor ca un corp străin şi care ocupă conştiinţa la un moment dat, obsesia se însoţeşte concomitent, de o trăire penibilă, angoasantă şi aceasta cu caracter de constrângere însoţit de efortul de a rezista este obsesivă deci, care înlocuieşte şi pune stăpânire pe gândurile bolnavului şi se află în contradicţie cu conţinutul său ideo-afectiv anterior. Conţinutul ideic obsesiv pune stăpânire dominantă, forţată pe întreg conţinutul psihic, cointeresând conştiinţa şi întreaga personalitate pe care o antrenează pe panta unor *îndoieli contradictorii*, marcate de *nesiguranţa chinuitoare* a îndoielii anxioase, generatoare de ruminaţii interminabile, de angoasă şi de *acte de neîncetată verificare compulsivă şi repetitivă*, activitate neâncetată şi fără finalitate raţională pentru alţii şi care *perturbă siguranţa, corectitudinea, precizia actelor perceptive, de*

reprezentare, de memorie (de fixare şi evocare), ca şi echilibrul optimal obişnuit al sistemului psihic, pacientul îndoindu-se derutant, sfâşiat de *neîncrederea* ideo-afectivă în toate demersurile sale ca şi de toate acţiunile pe care le întreprinde obligat de necunoscutul resort compulsiv. Antrenat în acest veritabil cerc vicios vertiginos, mai complex decât o tornadă şi mai încâlcit decât un labirint fantastic în care nu reuşeşte să găsească firul ariadnic necesar certitudinii rezolutive şi deşi pacientul este antrenat, aşa cum remarca Morel, într-un veritabil „delir emotiv", conştiinţa sa, spre deosebire de psihoze, reuşeşte să-şi păstreze textura normală a sensurilor şi semnificaţiilor lumii şi ale propriului Eu. Această păstrare integră a nivelului tensional normal al discernământului se realizează cu preţul scump al unor contradicţii sfâşietoare în relaţiile semnificat-semnificant, în contradicţie neplăcută cu sistemul de valori centrat contradictoriu şi simultan decentrat multipolar, dar investit cu o extremă tensionare şi angajare paradoxală axiologică, reflectată în ideile, stările afective şi în acţiunile compulsive. Această dinamitare a unităţii armonioase a funcţiilor şi structurilor psihice în sensul valenţelor contradictorii şi totuşi normale ale sistemului psihic, este subminată de *reprezentarea, imaginea, amintirea* sau *ideea obsesivă* ce se opun, oscilând ca în oglindă, polului real de semnificaţii şi sensuri normale ale conştiinţei aflate într-o luptă acerbă şi derutantă, plină de chinuitoare îndoieli şi sfâşietoare sau chiar odioase incertitudini, de unde numeroasele verificări care nu-şi au sens şi care nu-şi găsesc un punct final decizional şi care deasemenea nu-şi întâlnesc în viaţă corelările lor comprehensibile, raţionale şi normal acceptate în sistemul de valori ideale morale sau estetice generale şi individuale. Această permanentă îndoială particulară fenomenului obsesiv care determină bolnavul la verificări neâncetate şi uneori absurde, este un act ideo-afectiv neobişnuit de complex care a fost desemnat de P. Janet cu termenul de *„sentiment de incompletitudine"* şi care la rândul său, face deasemenea parte integrantă din fenomenul obsesiv aşa cum se va vedea în conţinutul expunerii.

Obsesiile sunt numeroase pentru că şi imaginea sau ideea obsesională, oricât de străină şi stranie ar fi, poate fi până la urmă una oarecare dintr-un şir infinit posibil pe care-l poate genera emergentiv angoasa derutantă care le motivează din straturile profunde ale fiinţei.

În continuare, vom încerca o descriere a diverselor aspecte clinice ale fenomenului obsesiv-compulsiv.

Obsesiile fobice sau ***emotive*** sau ***obsesiile concrete*** (***senzoriale***) fac parte predominant din domeniul afectivităţii îndeosebi prin conţinutul lor penibil afectiv şi sunt mai curând nu simple obsesii concrete, emotive, senzoriale, ci un cuplu indisociabil ideo-afectiv de obsesii-temeri care se apropie de fobii dar care se deosebesc de fobiile simple pentru că obsesiile fobice sunt edificate şi susţinute fundamental de o structurare bazală obsesională, frica-temerea existând în absenţa obiectului, ele apărând când bolnavul gândeşte la situaţia sau obiectul angoasant, manifestându-se şi fiind reunite, aşa cum observă L. Michaux „în contextul fundamental de

neândeplinire, de perfecţionism, de nesiguranţă, de repetări caracteristice obsesiei şi fondului său mintal foarte particular" constructelor obsesive.

Dacă la un fobic neliniştea este primară şi se manifestă concomitent şi predominant ca angoasă, ca frică-emoţie până la frică-afect sau panică, fixându-se totodată pe o situaţie sau un obiect, pe o fiinţă sau asupra unui act, toate fobogene şi întotdeauna relativ aceleaşi, în prezenţa cărora bolnavul este cuprins, aici şi acum, de un violent şi insolit atac de nelinişte vertiginoasă de care însă, este protejat prin eleborarea conduitelor contrafobice de apărare psihologică şi de luptă prin fugă sau de asigurare şi de evitare a situaţiei specifice, la obsedat neliniştea se manifestă predominant ca anxietate dar mai ales, ca temere-sentiment remarcabil de constrângere interioară, structuri intelectualizate şi consumate pe terenul neliniştilor ideo-afective, ele apărând în afara prezenţei obiectului, fenomenologia subiectivă şi comportamentele obsedante declanşându-se la reprezentarea, la imaginarea, rememorarea, ori numai la gândul simplu despre obiectul devenit obsesiv, gândirea fiind dominată conflictual şi contradictoriu de inerţia procesului patologic obsesiv ce se impune şi asediază psihicul bolnavului împotriva voinţei sale cu o mai îndelungată durată, comparativ cu reactivitatea conflictuală fobică de tip primar, emoţional-vegetativ, în care frica, emoţia deformează în sens regresiv, descendent şi sincretic relaţiile cu lumea în sensul unei gândiri elementare în care elementul subiectiv fuzionează cu cel obiectiv într-o modalitate prelogică din punct de vedere operaţional.

Se consideră că trecerea de la teama fobică angoasantă la obsesie (obsesionalizarea sau raţionalizarea fobiei), cu cortegiul ei anxios, este foarte frecventă, tranziţia de la mecanismele fobice predominant primare, emotive de apărare, cu componentele lor vegetativ-somatice particulare fobicului, la mecanismele afectiv elaborate - sentimentele - predominant raţionale şi intelectualizate de apărare ideo-afectivă prin luptă ale obsedatului, efectuându-se lent, pe nesimţite, aşa cum de exemplu, este cazul ereutofobiei care poate ilustra trecerea de la fobia la obsesia de a nu roşi.

Fobicul este stăpânit de frică intensă până la panică în prezenţa obiectului, situaţiei, evenimentului fobic şi dezvoltă în raport cu aceste împrejurări fobogene un comportament de evitare. Frica de câini sau pisici ori frica de spital fobicul o învinge evitând contactul cu un câine, cu pisica şi refuză să vină la spital. Un pacient obsesiv compulsiv obsedat de murdărie sau de boală, de microbi, nu va ocoli locul respectiv ci va căuta compulsiv, chiar în cele mai curate şi igienice locuri murdăria, sau se va întreba necontenit dacă în locurile respective nu sunt microbi care ar fi posibil să-i dea o boală de care este obsedat. Ceea ce se poate afirma în cazul nevroticului obsesiv-compulsiv care prezintă obsesii fobice este că frica, anxietatea obsesională nu este o frică directă legată de obiectul sau situaţia fobogenă, cât mai ales este imaginarea obsedantă consecutivă a ceea ce s-ar întâmpla ca urmare a contactului cu situaţia respectivă. Fobicul se teme de un câine şi ca urmare dezvoltă anxios comportamentul său specific de evitare în faţa fiinţei care-i provoacă frica, în timp ce obsesivul

se va angaja într-o sumedenie de considerații anxioase, compulsive, prelungite despre posibilitatea să fi fost contaminat de câine.

Subliniem, așa cum am văzut mai sus, că trecerea de la fobie la obsesie, deci obsesionalizarea fobiei, este doar unul din mecanismele de apariție ale unei obsesii. Acest fenomen se realizează nu prin fuziunea atitudinal-emoțională cu obiectul fobogen ca în fobii, ci prin depolarizarea dintre subiect și situație, cu ieșire din contactul direct emoțional cu subiectul, prin instituirea polului subiectiv al sensului și cu dominarea sa și a sentimentului asupra polului obsesiv al semnificației. Aici intervin tendințele, dorințele, atitudinile bolnavului care, conștient sau inconștient, instaurează în cazul obsesiei și a procesului de obsesionalizare, raporturi mai elaborate între eu și altul, între bolnav și lume. Chiar dacă este tensionat de aceeași anxietate, obsesivul, spre deosebire de fobic, cu toate aceste structuri elaborate, poate lupta sau face eforturi obișnuit insurmontabile împotriva acestei anxietăți. În alte cazuri, fenomenul obsesiv poate apare ca atare de la început și atunci tulburarea afectivă anxioasă este însoțită concomitent de elementul intelectual constituit de o idee sau de un concept care apare deasemenea involuntar, irezistibil, automatic, în dezacord cu conținutul ideic normal al gândirii la un moment dat, bolnavul având, în raport cu această idee intrusă nedorit pe fluxul normal al gândirii, o trăire penibilă, dureroasă, anxioasă, de contrarietate, de incompletitudine, așa cum se exprima P. Janet.

Pitres și Régis au descris, în 1902, două forme de obsesii-fobii: *forma pantofobică* (*panfobică*) și *forma monofobică*. În prima formă, fiecare eveniment din viață, fiecare persoană din anturajul său, fiece acțiune sau gând ale bolnavului putând deveni puncte de plecare ale unei anxietăți deosebit de intense însoțită de o reacție ideo-afectivă de tip obsesional-compulsiv care se impune bolnavului asediindu-l cu o forță inexpugnabilă dar cu care se luptă conștient și ineficient cu aceeași îndârjire compulsională.

În cea de-a doua categorie *monofobică*, procesul de obsesionalizare se limitează la un singur obiect sau la o singură categorie de obiecte, ori la o situație determinată (fobia de microbi, de obiecte ascuțite etc.). Observația clinică demonstrează că *obsesia monofobică, de multe ori succede celei pantofobice (panfobice), relațiile dintre cele două categorii de obsesii fobice apropiindu-se - fără a fi similare totuși - de ceea ce se petrece în cazul delirului de persecuție în care bănuiala, neâncrederea, suspiciunea se manifestă la început sub forma unei gândiri care operează cu noțiuni care au caracter vag și se fixează apoi pe o persoană determinată în jurul căreia elaborează și rationalizează argumentele delirante.* În grupul obsesiilor monofobice, ar putea fi incluse toate fobiile descrise în capitolul nevrozei fobice, însă anumite fobii se pretează totuși, mai ușor obsesionalizării și ca atare, ele aparținând mai mult nevrozei obsesionale în care anxietatea se manifestă simultan printr-o idee și printr-o temere - sentiment mai mult decât o frică - emoție ca în fobie. Această se observă mai frecvent în fobia de microbi, fobia de murdărie care, împreună cu alte fobii, realizează fobia clasică de contact și care impune elaborarea

unui întreg sistem de conduite de prevenire, de evitare şi apărare activă, prin luptă, exprimate prin cele mai diferite strategeme mintale dublate de acţiuni concrete, pe cât de iraţionale pe atât de absurde ca de exemplu, acţiunile de curăţire, spălare, verificare etc., particulare bolnavilor obsesivi şi care în general, sunt absente în cazul fobiilor.

Rezumând particularităţile clinice ale obsesiilor fobice concrete, emotive sau senzoriale, se disting - de altfel ca pentru orice alt tip de obsesie ar fi vorba - trei elemente structurale indisociabile şi obligatorii:

1. elementul intelectual dominant constituit din ideea obsesivă exprimată prin îndoială, ruminaţii, tematică de ordin metafizic, religios etc.;

2. elementul temere-fobie cu orientările sale ideative şi afective asupra unor obiecte, persoane situaţii concret senzoriale etc.;

3. elementul acţional-compulsiv de luptă intrapsihică împotriva constructului obsedant, cum ar fi de exemplu, actele ca ablutomania, onomatomania şi în genere diversitatea infinită de acte compulsive sau nu, care vizează în fond îndepărtarea complexului ideo-afectiv obsedant.

Cu alte cuvinte, în orice obsesie vom deosebi structura intelectuală, structura afectivă şi structura acţională compulsivă - indisolubile şi indisociabile -, structuri care antrenează interfuncţionalitatea întregului sistem psihic ca şi personalitatea obsesivă în ansamblul său.

P. Janet şi apoi Régis clasificau obsesiile monofobice în trei grupe: *fobii de obiecte, fobia spaţiilor şi elementelor, dismorfofobii* (fobiile faţă de corpul propriu).

Cea mai reprezentativă formă a obsesiei fobice este *„delirul de contact"* sau *„nebunia atingerii"* pe care Esquirol, în 1838, îl încadrează în *grupa monomaniilor* alături de *monomaniile delirante*.

Delasiauve face din maladia îndoielii o pseudomanie şi o clasează ca *delir parţial*; Trellat o încadrează în *foliile lucide*; Morell (1866) o desemnează sub denumirea de *delir emotiv*, pentru ca în 1875 Legrande du Saulle să-i dea o descriere clinică rămasă clasică prin articolul intitulat *„La folie du doute (avec delire de toucher)"* apărut în „Gazette des Hopitaux" - (sept.-dec., nr.114, 1875) (vezi anexa I).

Fobiile obsesive

Fobia obsesivă, ca şi fobia obsesivă de contact, le vom descrie conducându-ne după expunerea princeps realizată de către Legrande du Saulle.

Se cunoaşte că fobia este declanşată de prezenţa obiectului fobogen, care provoacă starea de anxietate sau de panică şi de aici comportamentul de evitare a obiectului care se află în relaţie cauzală cu fobia. În ce priveşte gândurile obsesive, acestea pot apare în situaţii speciale ca de exemplu la bucătărie unde sunt obiecte ascuţite (cuţite, furculiţe etc.). În asemenea situaţii pacienţii dezvoltă deasemenea un comportament de evitare, care aşa cum se ştie, caracterizează tulburarea anxioasă fobică. Asemănarea dintre *fobiile obsesive* şi *fobie* în asemenea situaţii este

superficială, aparentă, deoarece pe prim plan se află ideea obsesivă, nu apare sentimentul şi conduita contrafobică de evitare, ci luptă interioară de constrângere şi de rezistenţă caracteristice ideilor obsesive, chiar dacă *gândurile obsesive* sunt cuvinte, idei izolate, fraze, rime, reprezentări, imagini vii chiar cu caracter violent sau dezgustător, ori sunt constituite din amintiri, convingeri sau obiceiuri religioase („scrupule") sau din impulsiuni spre un act obişnuit violent, sau de un ritual (aritmomania, ablutomania etc.), acţiuni deasemenea cu caracter de constrângere compulsivă.

Am amintit toate acestea pentru a sublinia că *fobiile obsesive* se deosebesc de fobie în mod net. Şi acum să urmărim descrierea lor conducându-ne după expunerea efectuată de psihiatrul francez Legrande de Saulle în 1875.

Autorul menţionează „particularităţile patologice fundamentale ale nevrozei" care constau predominant din: „interogarea mentală produsă de îndoială şi frica de contactul cu obiectele exterioare", semne care trebuiesc reunite într-un tot unic, scena morbidă fiind deschisă de îndoială.

Ceea ce caracterizează în mod esenţial obsesiile fobice, aşa cum se sublinia mai sus, este faptul că acestea asediază gândirea bolnavului cu un puternic conţinut afectiv de teamă care apare nu în prezenţa unui obiect, situaţie sau fenomen fobogen, ci în absenţa obiectului fobic, frica apărând pe plan mintal numai, ceea ce deosebeşte obsesiile fobice de fobiile veritabile. În atare condiţii este suficient ca bolnavul să-şi reprezinte sau să-i apară imaginea, amintirea sau ideea de frică pentru ca anxietatea sau angoasa ori chiar panica să se declanşeze asediind irezistibil trăirile sale sufleteşti. Remarcăm deasemenea faptul că asocierea fobiei cu compulsia realizează cea mai intensă şi intolerabilă anxietate, care poate ajunge ca intensitate până la panică atunci când constrângerea psihică devine irezistibilă şi de nestăpânit.

La debut, „bolnavul se bucură de toată plenitudinea raţiunii sale, dar el este întunecat, susceptibil, grijuliu faţă de amănunte, exigent, egoist, fricos şi visător. Părând a-i lipsi încrederea în el însuşi, el verifică ceea ce face, controlează ceea ce a zis, reciteşte ceea ce a scris şi aduce în actele de puţină importanţă un veritabil lux de precauţiuni. El pare să trăiască într-un fel de ezitare interioară constantă; el repetă mental pentru el însuşi aceleaşi idei şi aceleaşi cuvinte, este condus la aceleaşi acte, petrece o parte a tipului său cu deliberarea în vid, cu punerea de semne de întrebare şi de răspunsuri, cu a se impacienta, blestemând lipsa sa de penetrare, cu angajarea din ce în ce mai mult într-o luptă intelectuală sterilă în mod fatal şi fără finalizări posibile, cu negarea evidenţei celei mai convingătoare, cu pierderea curajului şi de a se lăsa strivit de oboseală. *„El se îndoieşte"* şi de aici, tendinţa la *„precizie morbidă"* şi la eleborarea *„unui sistem de întrebări fără sfârşit"*.

În faza ulterioară, menţionează autorul, „bolnavul va declara că el are frică de a atinge monezile, că el are totdeauna bănuţi pentru a primi sau a da aurul sau argintul; că obiectele metalice lucitoare îl sperie, că nu atinge mânerul unei uşi sau cremona (închizătoarea) unei ferestre decât după ce şi-a învelit mâna cu batista sau cu poala redingotei!"

Obsesia fobică de a se murdări sau de a se contamina, care duce la teama de a atinge ceva, de a lua contact cu un obiect determinat considerat periculos, având ca punct esențial de plecare reprezentarea, imaginea sau ideea fobiei de murdărie sau de contaminare cu microbi, în ansamblul lor sunt nosofobii și în ultimă instanță, tanatofobii. Gestul liberator al acestor bolnavi obsesivi este reprezentat de spălarea interminabilă a mâinilor (*ablutomanie*), a veșmintelor sau a obiectelor presupuse a fi murdare și a tot ceea ce este crezut, intuit, bănuit sau considerat a fi contaminat și devenit astfel de neatins atât pentru bolnav cât și pentru anturajul său apropiat. Când nu poate respecta aceste tendințe și acțiuni de eliberare și aprobare, bolnavul este cuprins de o neliniște violentă, iar când trăirea obsesivă devine deosebit de intensă, sfârșește prin a se transforma într-o adevărată nebunie de contact, de atingere, obsedatul fiind incapabil să pună mâna pe vreun obiect, devenind total inactiv, orice obiect evocând temerile sale. Se citează în literatură, cazul unui bolnav care nu atingea nici un obiect din camera sa, precum și un altul care nu putea să inspire aerul din anumite încăperi.

Acești bolnavi merg dintr-o excentricitate în alta, „... merg în vârful picioarelor, își aleg într-un anume fel lamele parchetului sau caldarâmului pe care urmează să se așeze, iau pentru a se așeza precauțiile cele mai puerile, nu trec decât pe una din laturile ușii, își învelesc mâinile pentru a atinge un obiect metalic, nu împing ușile decât cu piciorul, nu închid și nu-și deschid ferestrele lor și imaginează invariabil aceleași absurdități..., deși sunt conștienți încă, ei le mărturisesc și le deplâng. Mărturisirile lor sunt penibile de recepționat" scrie H. Legrande du Saulle în articolul citat mai sus.

Simultan fenomenelor obsesive, se constată ca fenomene de acompaniament frica de tip fobic, iar alături de componenta de luptă activă particulară obsesiei se remarcă elemente de conduită contrafobică în sensul că bolnavul evită obiectele, locurile sau situațiile fobogene.

În același timp, obsesia cu elementul său de îndoială și frica de atingere, de contact cu obiectele generatoare de angoasă, nu se limitează în descrierea lui H. Legrande du Saulle (1875) numai la obsesiile fobice, descrierea cuprinzând inclusiv obsesiile ideative, dar și dependența pacientului de una sau alta din persoanele apropiate în raport cu care devine dependentă așa cum se constată în fobiile obișnuite.

Că obsesiile fobice fac parte din nevroza obsesiv-compulsivă, o dovedesc simptomele dominante obsesive: îndoiala, ruminația, lupta împotriva obsesiilor, prezența obsesiilor ideative și alături de toate acestea, trăsăturile de personalitate de tip obsesiv-compulsiv cu care descripție debutează lucrarea citată.

Date fiind cele de mai sus, menționăm că pentru fiecare simptom sau subcapitol din cele ce urmează mai jos, reprezintă în fond, dacă ne raportăm la clinică, o ansamblare de simptome, un „cluster" în cadrul căruia de fiecare dată se va evidenția și va apare o grupare sindromatică dominantă și particulară pentru nevroza obsesiv-compulsivă. Aceste considerații sunt valabile inclusiv pentru nevroza fobică și, în mod

particular, pentru agorafobia cu sau fără fenomene de panică, atacul de panică apărând ca fiind particular nevrozei anxioase asimilată inițial de S. Freud (1890) cu fobiile.

Ereutofobia

Tot în legătură cu observațiile de mai sus, acestea se aplică în aceeași măsură *ereutofobiei* în momentul în care obsesionalizarea fobiei apare ca manifestare clinică predominantă.

Pitres și Régis, în 1896, studiind ereutofobia, au încadrat-o în grupul obsesiilor monofobice și care face parte din fobiile de situațiile sociale, ereutofobia fiind deasemenea, una dintre fobiile supuse procesului de obsesionalizare. Bolnavii ereutofobici de obicei, raționalizează teama lor prin frica de a nu atrage asupra lor atenția, ironia, disprețul sau atitudinea răutăcioasă sau răuvoitoare a anturajului. Fenomenul fobic obsesiv intelectualizat și raportat la circumstanțele sociale poate atinge o intensitate considerabilă, roșeața extinzându-se în jumătatea superioară a corpului, îndeosebi la față, iar tulburările vasculare neurovegetative accentuându-se și devenind manifest evidente, bolnavul luptând anxios ca un veritabil obsesiv pentru a controla simptomatologia, rezultatele fiind pozitive de cele mai multe ori, dar tot atât de puțin durabile. Mijloacele de prevenire sau de disimulare a ereutofobiei pe care bolnavul le instituie sunt de la cele mai anodine până la cele mai dramatice. Cu cât lupta împotriva simptomului ereutofobic este mai aspră și mai aprigă, cu atât tendința de acutizare și de închidere infernală a cercului patologic a simptomatologiei este mai mare și mai puternică, tiranizând ideo-afectiv și mai mult bolnavul, care poate ajunge la o veritabilă invalidare socială, în simptomatologia clinică dominând aspectul obsesiilor fobice.

Sunt cazuri de ereutofobie care apar motivate dismorfofobic, înroșirea faciesului la apariția în public fiind în realitate determinată de imaginea subiectivă abnormă a eului corporal, dismorfofobia fiind factorul primar al organizării obsesive, iar ereutofobia având prin urmare în acest caz, caracter secundar, derivat.

Ereutofobia a fost descrisă pentru prima dată de către un psihiatru german, Casper (1846), și publicată pentru prima oară de către Pitres și Régis (Caspar - *Biographie d'une idée fixe* - Arh. de Neurologie - Paris, 1902, I, p. 270), în care angoasa, fobia și acțiunile legate de obsesia înroșirii feței sunt dublate de tulburările atenției, voinței, timiditate și un semnificativ sentiment de îndoială.

În literatura clasică, această obsesie fobică *legată* de o situație morală cu manifestare particulară în situații sociale, era cunoscută sub denumirea de ***eritrofobie***.

Pitres și Régis au demonstrat că ***eritofobia traduce pur și simplu fobia care este declanșată de vederea unor obiecte de culoare roșie.*** În acest sens, autorii relatează cazul unei bolnave care, suferind de ***eritrofobie***, a trebuit să scoată din casă toate obiectele care aveau culoarea roșie. Dar

eritofobia este o fobie declanşată de un obiect care are culoarea roşie, în timp ce *ereutofobia* este o obsesie-fobică dacă avem în vedere că etimologic, cuvântul grecesc *ereutos* înseamnă roşeaţă, îmbujorare, teamă morbidă obsesivă de a nu roşi în public.

Există în mod normal, în particular la adolescenţi şi îndeosebi la femei, ca şi la personalităţile emotive, o înroşire fiziologică, de natură emotivă, fenomen care se naşte deasemenea frecvent la copiii şi adolescenţii timizi. În asemenea situaţii, deşi înroşirea feţei se însoţeşte de un sentiment penibil, de timiditate, de tulburare a atenţiei şi de o oarecare confuzie, de un trac, blocaj ideo-afectiv dacă, de exemplu, trebuie să recite o poezie, sau să se prezinte în public etc. Această manifestare de tip emotiv, cu desfăşurare fiziologică, dispare după o perioadă de timp, mai mult sau mai puţin scurtă, iar persoanele prezentând acest tip de reactivitate, în momentul când s-a epuizat reacţia vasomotorie, nu sunt urmărite de complexul ideo-afectiv chinuitor şi obsedant că se vor înroşi din nou. Pitres şi Régis menţionează că există persoane care, sub influenţa unor condiţii interne sau externe diverse, se înroşesc cu o facilitate surprinzătoare, îmbujorarea feţei fiind la unele dintre ele deosebit de intensă şi durabilă. În acest sens, noi am observat timp de peste douăzeci de ani o colaboratoare a noastră, asistentă medicală care, la cea mai mică stare emoţională, faţa se înroşea deosebit de intens şi durabil, fără a influenţa menifest activitatea intelectuală şi precizia acţiunilor pe care trebuia să le efectueze în acest timp. La acest tip de persoane „totul se limitează la această înroşire" şi ceea ce le particularizează, ca reactivitate ideo-afectivă, este absenţa completă de orice preocupare în legătură cu înroşirea feţei, oricât de intensă. ar fi aceasta. Că au o oarecare estezie emoţională de scurtă sau mai de lungă durată, aceasta nu-i deranjează şi nu reprezintă pentru ei un motiv de preocupare. Această îmbujorare fiziologică a feţei este denumită de Pitres şi Régis *ereutoză simplă*, aşa cum era şi cazul relatat de noi.

Această înroşire mai intensă şi mai frecventă, dar cu reactivitate ideo-afectivă cvasimaladivă, cu rezonanţă neplăcută asupra reactivităţii psihice, acompaniată de dorinţa dę a se debarasa de acest mod de a reacţiona, dorinţă care nu ajunge însă să se manifeste cu o intensitate apropiată sau similară obsesiei, este denumită de către Pitres şi Régis - aşa cum am subliniat mai sus - cu termenul de *ereutoză emotivă*. Acest tip de reacţie apare accidental şi se manifestă temporar în condiţiile vârstelor critice ale pubertăţii sau de climacteruim, în amenoreele de diverse etiologii, la persoanele isterice, neurastenice etc., în care cazuri înroşirea feţei este consecinţa tulburărilor neurovegetative de acompaniament ale stărilor fiziologice sau patologice amintite.

Ereutofobia (*ereutoza obsedantă*) se particularizează îndeosebi prin însoţirea de ideea obsedantă de a nu roşi în public, obsesie care se însoţeşte de teama, angoasa fobică penibilă şi extremă, cu elaborarea consecutivă a unor acte forţate de apărare, de evitare şi de luptă contra acestei manifestări care preocupă în mod aproape permanent pacientul. În ereutofobie - fenomen predominant obsesiv - găsim caracterele principale care particularizează obsesia în raport cu fobia: prezenţa ideii obsedante, a

afectului (fricii) obsedant şi respectiv, acţiunile compulsive, toate indisociabil structurate şi care influenţează ansamblul proceselor psihice ca şi personalitatea în toate manifestările sale.

Bolnavul este tiranic stăpânit de ideea obsesivă că va roşi şi de aici numeroasele întrebări asupra acestui fenomen: de ce unii roşesc şi alţii nu? Au unii vasele mai aproape de suprafaţa pielii decât alţii? Au cei ce roşesc o infirmitate oarecare, cerebrală sau vasculară? au comis fapte imorale? etc., etc. Această obsesie se poate complica cu fenomene obsedante ca îndoială, scrupul, ruminaţia, onomatomania, aritmomanie etc. Reacţia psihică faţă de trăirea ereutofobică se poate însoţi de sentimente de inferioritate, reacţii coleroase, stări depresive, de ruşine faţă de propriul corp, de insuficienţele sale etc. În momentul când bolnavul ereutofobic trebuie să apară în public, să intre în sala de clasă, dacă este elev, în sala de curs, dacă este student, la birou dacă este funcţionar, în atelierul de lucru dacă este muncitor, dacă trebuie să predea o lecţie în cazul că este educator, învăţător sau profesor, dacă trebuie să meargă într-un restaurant, într-o cofetărie, într-o sală de spectacol sau la biserică, dacă trebuie să meargă la o întâlnire sau ca invitat într-o familie, sau pur şi simplu dacă merge pe o stradă aglomerată şi i se pare că cineva se uită la el sau la ea, dacă merge la frizer sau la coafor etc., etc., ereutofobicul va trăi un intens sentiment de angoasă mai ales dacă are impresia că este privit şi îndeosebi dacă este în plină zi şi cât mai aproape de mai mulţi oameni. Această idee îl domină irepresibil şi nu scapă de ea oriunde ar fi. Unii ereutofobici roşesc chiar atunci când sunt singuri la ei în cameră, atunci când îşi amintesc de ceva care i-a contrariat (*amintire obsesivă*).

Manifestările ideo-afective compulsive expuse parţial mai sus şi îndeosebi starea de angoasă ce se însoţeşte de tulburări vegetative predominant cardio-vasculare şi nu numai de acest tip îl perturbă pe bolnav. Bolnavul ereutofobic, în momentul când este expus în situaţiile sociale menţionate sau în altele de acest fel, simte că sângele îi năvăleşte în obraji, iar urechile îi roşesc, este cuprins de palpitaţii, bufee de căldură, arterele temporale pulsează mai intens, prezintă zgomote în urechi, vederea se înceţoşează, capul îl simte greu, vidat parcă de orice idee, are tremurături, picioarele le simte moi şi are senzaţia că nu mai poate sta pe picioarele sale, transpiră abundent, îndeosebi la nivelul extremităţii cefalice. La cele de mai sus se adaugă contracţii în regiunea epigastrică, apare senzaţia imperioasă de a urina, la alţii pot apare debacluri diareice etc.

Totodată, manifestărilor obsesive şi afective menţionate li se adaugă mijloacele de apărare psihologică, de luptă împotriva acestor manifestări prin iniţierea unor acţiuni cu caracter compulsiv sau de evitare a situaţiilor sociale.

Astfel, unii ereutofobici vor recurge la pudrarea feţei cu pudră albă pentru a nu se observa înroşirea feţei, alţii vor ingera băuturi alcoolice pentru a obţine în final dilatarea capilarelor, modificare specifică băutorilor de vin roşu, în fine, dacă se află într-un restaurant sau într-o cofetărie, vor aşeza în faţa lor un ziar pe care-l citesc etc. In alte cazuri, dacă merge pe o stradă unde este multă lume va trece pe celălalt trotuar pe unde eventual

circulă mai puţine persoane. Alţi ereutofobici nu ies din casă decât seara, când înroşirea feţei este mai greu de observat. Pentru a înlătura senzaţia iminentă de înroşire se gândesc la altceva, căutând să comuteze atenţia şi să-şi concentreze activitatea psihică pe altă dominantă. În alte situaţii, recită poezii, monologhează asupra celor mai diverse probleme. Pitres şi Régis menţionează cazuri care poartă umbrelă sau pălărie cu borurile largi care să le umbrească faţa.

Deşi descriu amănunţit acţiunile obsesive concomitente celor ideative şi afective cu acelaşi caracter de acompaniament compulsiv, Pitres şi Régis consideră că „*Ereutoza-emotivă* ... este tendinţa de a roşi cu emoţie morbidă, fără idee fixă, adică maladia cu cele două elemente ale sale, *vasomotorii* şi *afective*".

„*Ereutofobia*, în fine, este tendinţa de a roşi cu emoţie morbidă şi idee fixă, adică boala completă cu cele trei elemente ale sale, *vasomotorii, afective, intelectuale*" (Pitres şi Régis - op. cit., p. 180), opinii care ţin de recunoaşterea rolului primordial al emoţiei în apariţia fenomenului intelectual sau obsesiv-compulsiv şi că ordinea în care aceste fenomene apar ar fi următoarea: „*fenomenul vasomotor* (roşeaţa); *fenomenul emotiv* (confuzia); *fenomenul intelectual* (ideea fixă)" (op. cit., p. 179).

Ereutofobia debutează în jurul vârstei de 12-18 ani, persistă evoluând fazic până în jurul vârstei de 40 ani, deşi sunt citate cazuri până la vârsta de 66 ani, aşa cum a fost cazul lui J. J. Rousseau (v. *Reveriile unui călător singuratic*). În ceea ce priveşte etiologia, se remarcă de către A. Pitres şi E. Régis cauzele de ordin sexual care, chiar dacă nu sunt dominante, sunt totuşi de luat în considerare.

„În adolescenţă, până la 18 ani, ereutofobia a apărut cel mai adesea cu ocazia unui incident fortuit, o criză de înroşire particular dezagreabilă, ataşându-se de preferinţă domeniului sexualităţii. Acest şoc emoţional a fost de exemplu: la băieţi, frica de a nu li se ghici obiceiurile lor de onanism sau că vor fi suspicionaţi de a le fi avut; la tinerele fete, frica de a fi capabile să atribuie un sens rău cuvintelor sau lucrurilor care le-ar apărea aparţinând unor instincte echivoce; la femei, în sfârşit, o poveste auzită într-o zi, a unui fapt contrar pudorii, adesea obiect al aluziilor şi a glumelor proaste, le-au emoţionat, chinuit, şi ele au ajuns a nu mai gândi decât la aceasta, ceea ce le face foarte nefericite" (A. Pitres et E. Régis - *Les obssesions et les impulsions* - Ed. Doin Paris, 1902 - p. 162-163). De aici reiese etiologia sexuală, deşi nu predominant afirmată de către autori, totuşi suficient de importantă, şi aceasta înainte ca psihanaliza să-şi croiască drum în gândirea psihiatrică franceză.

În acest context, ar fi de amintit deasemenea că mecanismele de apărare psihologică (vezi mai jos) aşa cum au fost evocate de psihanaliză, vor trebui luate în consideraţie nu numai în ce priveşte nevroza fobică şi obsesiv-compulsivă, dar în ansamblul nevrozelor, ca şi a altor manifestări psihopatologice.

Obsesiile sunt numeroase căci şi imaginea sau ideea obsesională, oricât de intens trăită şi de stranie ar fi, poate fi până la urmă una oarecare

dintr-un şir infinit posibil pe care-l poate genera angoasa profundă care le generează.

Obsesiile ideative

Obsesiile ideative constau în apariţia unei idei, amintiri, imagini, cuvânt etc. sau tendinţe obsesive dominante care se inseră repetitiv fără motive raţionale în cursul lanţului firesc al proceselor mentale, inserare ce se impune fără sens conştiinţei ca un corp străin, absurd, dezagreabil, angoasant şi împotriva convingerilor ideale, ştiinţifice, morale, ideologice, estetice, a ocupaţiilor şi preocupărilor bolnavului, idei pe care le recunoaşte că aparţin eului său, că sunt absurde sau lipsite de sens şi luptă împotriva lor. *P. Janet când vorbea de obsesiile ideative le denumea intoxicaţie printr-o idee, imagine, cuvânt, frază, etc.*, temă ideativă care obligă şi-l copleşesc pe bolnav prin componenta anxioasă, idei care contrazic irepresibil orice alt gând, sentiment, tendinţă etc. ale bolnavului obsesiv-compulsiv, uneori cuvinte violente, obscene, blasfemiante.

Obsesiile ideative se însoţesc pe lângă stările de anxietate şi de simptome neurovegetative bogate, complexe şi diverse.

După tematica sau după conţinutul lor obsesiile ideative se pot repartiza în câteva grupe mari aşa cum de exemplu ar fi: *ideile obsesive, obsesiile de contrast, îndoielile obsesive.*

Ideile obsesive cuprind două variante principale:

- *obsesiile abstracte* sau *ruminaţiile* (*argutiile obsesive*) relativ la orice problemă fără importanţă reală pentru bolnav;

- *tendinţa exagerată către scrupule* cu autoanaliza neliniştită şi de o minuţiozitate pedantă privind propriile acţiuni grevate de o inexpugnabilă îndoială.

În această categorie se includ deasemenea:

a) *obsesiile ipohondriace*, ca preocupări raportate la propria sănătate sau viaţă, idei care *pot fi uşor confundate cu ipohondria sau delirul ipohondriac*. Forma tipică o reprezintă în final ideea morţii la care se reduce inclusiv obsesia ipohondriacă în diversele maniere în care se exprimă fie că este considerată ca o boală, ca o suferinţă gravă, fie că se afirmă suprimarea bucuriilor fireşti ale vieţii;

b) *obsesia „ruşinii de sine"* izolată sau coexistând cu alte obsesii *este tipică pentru bolnavii excesiv de scrupuloşi*. Bolnavul este timorat de ideea că tot ceea ce face, ce este el ca aspect fizic şi psihic (voinţă, inteligenţă, memorie etc.), tot ceea ce-i aparţine, este rău alcătuit şi de aceea se zbuciumă, este nemulţumit, se acuză mereu de ceea ce face, are mereu sentimentul imperfecţiunii, al neîmplinirii, este împins şi constrâns să se denigreze, să se umilească, se acuză şi doreşte să se pedepsească numai că se îndoieşte totuşi de aceste acuze. Are senzaţia (obsesia) că întreaga sa personalitate este schimbată, că memoria transformată şi totuşi afirmă că inteligenţa sa este păstrată. Celebra obsesie „déja vu" intră în această categorie. Prin modul în care asediază gândirea, obsesia ruşinii de

sine se apropie de, şi se poate confunda cu delirul de autoacuzare melancolic.

Uneori, obsesiile ideative iau aspectul ***obsesiilor de contrast***, cu conţinut străin personalităţii şi inacceptabile pentru bolnav, un conţinut supărător, dezgustător şi absurd, care-l asediază şi-l contrariază profund. Se descriu aici: ***obsesia de sacrilegiu*** care este dominată de idei cu conţinut religios, dar de o coloratură afectivă şi imagistică cu totul specială, cu aspecte oribile, monstruoase ce vin în contradicţie cu credinţa profundă a bolnavului care este asaltat de ideea unor crime religioase, irealizabile şi fantastice totodată. Ceea ce este comun pacienţilor cu obsesii de contrast este ideea blasfemiei, tendinţa de „a vorbi urât despre lucruri divine, de a te gândi la diavol în timp ce te rogi, insultându-l pe Dumnezeu" sau gândind scene obscene în legătură cu imaginea Domnului. Tot aici se includ, de asemenea şi ***obsesiile criminale***: bolnavi cu o moralitate desăvârşită şi preocupaţi de respectul ideilor morale se gândesc, fără voia lor, la acţiuni criminale, idei străine pe care nu vor să le săvârşească, dar care-i tentează totuşi presant în acelaşi timp. ***Impulsiunea***, mai exact compulsiunea, în aceste cazuri este indisolubil asociată obsesiei propriu-zise dar care se consumă pe plan mintal însă. ***Obsesiile impulsive*** intruse ca un corp străin în conştiinţa morală a pacientului şi care îl constrâng la împlinirea unor acte periculoase dintre cele mai frecvente fiind obsesia impulsivă de omucidere după care urmează, în ordine, ***impulsiunile suicidare*** şi ***impulsiile sexuale*** (vezi detaliate mai jos - obsesiile impulsive).

Nu toate obsesiile au însă o formă completă de manifestare, ci există şi forme incomplete de obsesii. Atunci când fenomenul obsesiv este complet, acesta va conţine în structura sa nu numai ideile obsesive propriu-zise şi imaginile corespunzătoare lor, dar se va constata şi prezenţa ***tendinţei spre act***, ***a impulsiunii*** şi ***a fricii în acelaşi timp***. Aceste elemente constituente ale fenomenului obsesiv se pot separa de la un anumit punct în obsesii predominant ideative, obsesii-impulsii în care îşi va însuşi independenţă elementul impulsiv care, în cazul unei dezvoltări psihopatice de tip obsesiv pot predomina asupra obsesiei la ***dipsoman*** sau ***morfinoman*** prin incapacitatea de a frâna tendinţele primare pulsionale, bolnavul nefiind în stare să se opună instalării acţiunii automatice primare şi care nu are nici dorinţa şi nici voinţa de a se opune, de a lupta împotriva pulsiunii de a bea sau de a-şi lua doza de morfină, de a pleca impulsiv de acasă (***dromomanie***), de a frâna impulsiunea de a da foc (***piromanie***) etc.

În alte cazuri, obsesia poate rămâne un fenomen intelectual fără a mai fi însoţită de impulsiune. Obsesiile la crimă, de exemplu, pot lua forma regretelor, bolnavul nu se mai simte împins să înfăptuiască o acţiune criminală în contrast cu convingerile sale, ci îşi imaginează şi gândeşte că a comis crima cândva, altădată şi este torturat obsesiv de regrete sau remuşcări obsesive. Alţii au mustrări de conştiinţă pentru toate crimele posibile şi care le provoacă mereu noi regrete şi impulsiuni. Sunt cunoscute cazuri la care obsesia se reduce doar la un singur cuvânt, uneori obscen - simbol sau imagine - sau la o singură imagine obsedantă care-i apare cu o claritate eidetică bolnavului şi în care sunt condensate în sinteză lungile sale

argutii interioare, sfâşietor de dureroase şi cumplit de contradictorii. Una din pacientele noastre era obsedată de cuvinte obscene la care se simţea constrânsă să le exprime atunci când îşi manifesta sentimentele de dragoste, de preţuire şi respect pentru mama sa. Este aici în acelaşi timp un exemplu de idei obsedante contrastante.

Îndoielile obsesive

Îndoielile obsesive se află în structura tuturor obsesiilor şi caracterizează funcţionalitatea psihică obsesională în ansamblul său prin permanenta incertitudine cu caracter dominant referitoare la propriile stări afective, structuri ideative şi acţiuni, ajungându-se până la o invinciabilă *„manie a verificărilor"* penibile, rebele şi uneori ridicole, iar alteori, chiar incredibil de absurde.

Îndoielile au fost omologate de către P. Janet ca un fel de „ticuri intelectuale" sau ca un fel de „manii mintale" aşa cum le denumea Azam. Unii bolnavi supun obsesiv şi interminabil amintirile lor *„maniei întrebărilor"* afirmând că nu mai au memorie, alţii dezvoltă disproporţionat un neâncetat interogatoriu asupra sentimentelor pe care le trăiesc. Tot aici se includ şi obsesiile prevestirilor nesigure, a oscilaţiilor chinuitoare sau a *interogaţiilor asupra destinului* sau *„maniile presajului"* cum le denumea P. Janet. Bolnavul, chinuit de marile probleme ale existenţei asupra căreia se îndreaptă cu întrebări pentru care răspunsurile sunt totdeauna provizorii, vagi, ambigue, bipolare, ambivalente, nu găseşte soluţii la întrebările care-l chinuie şi atunci acceptă mitic sau magic decizia soartei, a destinului. Această acceptare a destinului, consecinţă a epuizării şi confuziei ameţitoare între argumentele contrarii şi contradictorii şi a incapacităţii de a ajunge la o soluţie logică finală, asupra căreia să se decidă şi pe care s-o accepte ca definitivă, face ca bolnavul să se lase la dispoziţia destinului, să se abandoneze într-un prezent saturat de incertitudini şi să se proiecteze într-un viitor impregnat de miturile şi credinţele magice, mitice, religioase, filozofice etc. pe care le-a iscat fie nesiguranţa fie necunoaşterea umană. În fond această abandonare în braţele destinului este consecinţa îndoielilor sfâşietoare a unei conştiinţe chinuite în mod absurd de marile probleme ale existenţei. Dar nici această abandonare în faţa destinului nu reprezintă pentru bolnavul obsesiv-compulsiv o soluţie, deoarece el este simultan constrâns de anxietate şi îndoială să acţioneze compulsiv îndoindu-se inclusiv de destin abandonându-se unui travaliu mintal sisific şi tot atât de interminabil.

Este aici exemplul clasic al lui J. J. Rousseau care în *„Confesiuni"* nota că se simţea împins, constrâns în mod inevitabil să transforme întrebările insolubile printr-un astfel de procedeu derivat: „Frica de infern mă speria deseori. Mă întrebam: în ce stare mă aflu? Dacă aş fi murit în clipa aceea, aş fi fost condamnat. Mereu timid, şovăind în această crudă incertitudine, am recurs - pentru a găsi o ieşire - la cele mai ridicole expediente. Mă gândeam să-mi fac un fel de pronostic pentru a-mi calma neliniştea: voi arunca o piatră spre copacul din faţa mea; dacă-l ating -

înseamnă mântuirea, dacă nu - condamnarea ... Din fericire am nimerit exact mijlocul trunchiului; de fapt lucrul nici nu era prea greu pentru că am avut grijă să-l aleg foarte gros şi foarte aproape. De atunci nu m-am mai îndoit de salvarea mea".

„*Maniile mintale*" definite de P. Janet ca „operaţiuni intelectuale interminabile în legătură cu mici lucruri care ocupă în spiritul subiectului un loc cu totul disproporţionat în raport cu importanţa lor reală", au drept punct de plecare o idee obsesivă dominantă şi inertă în jurul căreia se organizează o construcţie mintală polară cu oscilaţii interminabile şi ireductibil contradictorii de la un aspect pozitiv la altul negativ, de la ceea ce este favorabil la ceea ce este nefavorabil, de la ceea ce este drept şi moral la ceea ce este nedrept şi imoral, de la ceea ce este bine făcut la ceea ce este rău făcut etc., fără a ajunge la o concluzie sau convingere formală satisfăcătoare. În cazul acestor obsesii bolnavul îşi pune numeroase întrebări, dominat de nesiguranţă, de îndoială şi de scrupul, în legătură cu ce se poate întâmpla în urma unor acţiuni pe care le-a realizat. În multe cazuri reprezentarea obsesivă ce poate ajunge până la imagini veritabil eidetice şi a unor consecinţe nefavorabile care ar putea urma după săvârşirea unei acţiuni, duce la inhibarea, suspendarea acţiunii iniţiale, proiectate sau în curs de desfăşurare. În cazul că bolnavul a reparat ceva; a împachetat un obiect, a scris adresa pe o scrisoare etc., reia activitatea, verifică de nenumărate ori ce a făcut anterior cu o nesiguranţă ce se menţine chiar în prezenţa celor mai pertinente asigurări asupra corectitudinii din partea celui mai binevoitor şi corect anturaj. În aceste condiţii, cursul gândirii, subminat de nesiguranţă şi de îndoiala generală, de anxietate compulsivă, nu se poate opri, nu poate rezolva argumentele pro şi contra, nu poate oferi o soluţie problemelor contradictorii şi atunci mintea febrilă, încordată, lucrează desfăşurându-şi în continuare tortura sa dominantă, determinând bolnavul la o *oscilaţie neîncetată*, activitatea intrapsihică desfăşurându-se ca un perpetuum mobile într-un câmp minat de contradicţii insolubile în care nu-şi poate face loc decizia cu debutul şi punctul final al acesteia. Tot în cazul acestor „*manii mintale*" intră obsesia sau mania *compensaţiei, a ispăşirii, a conjuraţiilor. Remarcăm ca o trăsătură generală şi caracteristică faptul că „maniile mintale" au o strânsă relaţie cu scrupulul obsesional, cu ruminaţia mintală, cu îndoiala obsesională dar şi cu fenomenele pulsionale obsesionale precum şi cu actele obsesionale şi cu ideile de contrast. În toate actele şi procesele psihice ale bolnavului obsesiv îndoiala, nesiguranţa, interogaţiile, neliniştea îşi pun amprenta asupra tuturor realităţilor funcţionale intrapsihice şi ale relaţiilor sale cu lumea.*

Un mare număr de astfel de acţiuni sau de obsesii au fost reunite de P. Janet sub numele de „*manies de l'au delà*" (*mania extremelor*) „de a depăşi termenul dat, de a adăuga un alt lucru" (P. Janet) a merge mai departe în seria infinită a acestor cercetări (H. Ey). Unele dintre aceste obsesii sunt legate de tulburări de intuiţie, de percepţie sau de reprezentare şi care, corelate şi cu tulburările intelectuale, dau o coloratură specifică acestor căutări. Se atribuie lui B. Pascal sentimentul percepţiei unei

prăpăstii în apropierea sa. Aşa este *obsesia căutării, verificării şi rememorării obsesive* a unor soluţii sau atitudini, mai ales a căutării în trecutul apropiat sau îndepărtat pentru a se convinge dacă n-a comis în trecut vreun act reprobabil, bolnavul scormonind cu sagacitate şi cu o tulburătoare nelinişte şi imperioasă necesitate mereu nesatisfăcută să-şi amintească cu exactitate toate diversele acţiuni pe care le-a efectuat, diversele faze ale fiecărui fapt, fiecărui cuvânt rostit. Dacă, din nenorocire - şi aceasta se întâmplă frecvent bolnavului suferind de obsesii - atenţia fixându-se fără precizie şi certitudine asupra unei idei, aceasta fuge din câmpul conştiinţei atunci, în culmea disperării, caută să găsească ceea ce caută şi nu găseşte, iar anxietatea îl perturbă şi mai mult, ceea ce-l determină să întreprindă eforturi şi mai numeroase, dar şi mai inutile, pentru a se convinge iarăşi şi iarăşi că n-a gândit nimic rău.

Îndoiala obsedantă apare simultan cu o altă trăsătură şi anume nesiguranţa în conţinutul obsesiv îndeosebi în perioadele de decompensare a bolii. Este un fenomen paradoxal să crezi în ceva şi simultan să nu crezi totuşi, pentru bolnavul obsesiv această trăsătură constituind o realitate structurală particulară fenomenului obsesiv. Bolnavul crede şi totuşi pune la îndoială conţinutul ideilor obsesive, a stărilor afective ca şi a acţiunilor salè obsesiv-compulsive. A crede însă în conţinutul manifestărilor obsesive, intelectuale şi afective, şi a admite în acelaşi timp cu luciditatea şi prezenţa stării critice a conştiinţei ceea ce nu crezi ca fiind adevărat şi totodată neadevărat este o contradicţie dureros de reală care nu poate fi negată decât admiţând că însăşi conştiinţa normală are nivele calitative de integrare şi că prin urmare atât gândirea cât şi conştiinţa normală sunt structuri contradictorii şi operează din punctul de vedere al funcţionalităţii psihice elaborând decizii finale după o luptă acerbă a argumentelor contrarii îndeosebi atunci când emoţiile intense perturbă percepţia şi memoria, facilitând apariţia îndoielii. Soluţionarea aspectelor contradictorii pe care le presupune gândirea logică normală este amplu ilustrată în celebrele dialoguri ale marelui gânditor al antichităţii, Platon. În cazul fenomenului obsesiv acest aspect contradictoriu al proceselor intelectuale şi afective, ca şi al acţiunii, toate cu caracter obsesiv-compulsiv nu mai pot fi soluţionate în mod normal. Raportându-se la acest aspect P. Janet nota magistral următoarele: *„Aceşti bolnavi nu ajung niciodată nici a crede complet, nici a nega complet ... Ei rămân într-o stare intermediară plină de contradicţii: ei recunosc că ideea lor nu este conformă cu opinia generală şi că nu trebuie s-o exprime în public în faţa unor oameni „puţin la curent cu situaţia lor" ei vor să fie bolnavi până la un punct dar nu în toate şi cel mai adesea ei oscilează în raport de diferitele perioade de timp. Ei rămân deci într-o stare de îndoială extrem de penibilă ..."*(P. Janet, op. cit. p. 105) (subl. ns.-M. Ş.).

Pe de altă parte *îndoiala obsedantă „nu este o obsesie, ea este o formă pe care o poate lua una sau alta din obsesii"* şi că îndoiala obsedantă: *„Este o formă generală pe care o ia obsesia cu dezvoltare incompletă la bolnavii scrupuloşi. Această îndoială este mai mult sau mai puţin marcată la unii şi poate lua forme mai particulare care constituie la alţii formele scrupulului"* (P. Janet, op. cit. p. 106) (subl. ns. - M. Ş.).

În stările obsesive în care predomină îndoiala obsesiv-compulsivă ca şi în cele în care pacientul nu are încredere în memoria sa, în asemenea cazuri este perturbat inclusiv sentimentul timpului, a trăirii subiective a timpului, este perturbat ritmul şi durata timpului psihologic în raport cu timpul obiectiv. Ştim că timpul este înscris în structurile organismului nostru, şi că bioritmicitatea este măsurată de către „orologiile biologice" şi înregistrată totodată această curgere a timpului, în mod inconştient, ca urmare a fenomenelor de reversibilitate sau nonreversibilitate a evenimentelor universului în care trăim şi a legităţilor cosmice engramate în structurile noastre organice cele mai intime. Biocronologia modernă atestă cele de mai sus şi după opinia noastră fiecare individualitate îşi are biopsihoritmicitatea sa în acord cu reversibilitatea sau nonreversibilitatea fenomenelor din universul apropiat sau îndepărtat. Am amintit aceste date motivaţi de faptul că între afectivitate şi biopsihoritmologice şi trăirea timpului este o foarte strânsă legătură. Însuşi E. Kant considera că timpul este o formă a *„intuiţiei interne"*. *„Din punct de vedere evolutiv* - scria V. Pavelcu - *socotim afectivitatea ca situată la graniţa dintre biologic şi spiritual. Afectele ne apar ca zori ale conştiinţei şi ele traduc cel mai fidel variaţiile ritmice ale organismului. Ritmul activităţii este un derivat al afectivităţii, după cum şi ritmul ca formă intelectuală, timpul, este o raţionalizare, o intelectualizare a ritmului primitiv şi trăit"* gândirea *fiind traductorul conştient al oscilaţiilor stărilor afective* (Godfernaux) *acestea din urmă influenţate de reglările vegetative, endocrine şi umorale, reglări care ordonează la rândul lor, parţial, activitatea motorie, afectivă şi intelectuală.*

În nevroza obsesiv-compulsivă în care emoţiile, anxietatea, angoasele perturbă funcţiile de mai sus şi nu permite păstrarea optimului funcţional de asimilare şi acomodare adaptativă, de subiectivare corectă a obiectivului şi de obiectivare a subiectivului etc., va determina sentimentele de îndoială, de înfrângere, de neterminat, de incompletitudine etc., perturbând inclusiv biopsihoritmicitatea, cu sentimentul penibil al scurgerii sau suspendării timpului, ca şi perturbarea prezentificării corecte a timpului şi evenimentelor trăite, de unde nesiguranţa şi chinuitoarele întrebări asupra lumii şi asupra propriei existenţe.

Considerată sub aceşti parametri conceptuali, abia schiţaţi, vom înţelege că nevroza obsesiv-compulsivă reprezintă pentru suferind, ca şi pentru psihiatriu, una din cele mai profunde şi mai zguduitoare drame ale existenţei umane, şi nu numai ea din nefericire pentru om.

Îndoiala ca formă penibilă şi gravă a obsesiei presupune şi incită la numeroase întrebări insolubile cu privire la cele mai diverse teme, de la cele mai nesemnificative până la problematica metafizică a însăşi existenţei lui Dumnezeu, inclusiv ideea ce se află dincolo de divinitatea supremă. Întrebările, normale de alt fel, cer răspunsuri care-l nu-l satisfac şi-l chinuiesc pe bolnav şi în mod firesc se ajunge la tendinţele obsesive de cercetare, dar răspunsurile nu vin, iar bolnavul obsesiv, scrupulos şi ruminativ, dominat de sentimentul de incompletitudine al memoriei sale ca şi al unor decizii se îndoieşte de toată existenţa şi uneori inclusiv de sine,

fenomen care intervine cu atât mai întens şi se adânceşte extinzându-se cu atât mai mult cu cât starea de oboseală este mai mare, ideea dominantă obsesivă mai puternică, iar fenomenul de depersonalizare şi mai accentuat. Îndoiala priveşte nu numai prezentul dar şi trecutul şi viitorul propriu ca şi al lumii înconjurătoare, al ideilor, sentimentelor şi acţiunilor trecute, prezente şi viitoare. De aici sentimentul de nelinişte, de angoasă, de straniu, de ireal şi oricât ar fi de paradoxal, în toate cele de mai sus bolnavul crede şi simultan nu crede îndoindu-se permanent de totul şi de toate. Este aici o perturbare profundă a fenomenului de subiectivare a realului şi de obiectivare a subiectivului.

Consecinţă a îndoielii apare deasemenea în mod complementar nehotărârea, oscilaţia, ezitările permanente ca şi dificultăţile deliberărilor încât se ajunge la o stare în care bolnavul nu poate să precizeze dacă „vrea sau nu vrea", „dacă ştie sau nu ştie", „dacă gândeşte sau nu gândeşte", „dacă are sau nu are sentimente", „dacă să acţioneze sau nu", dacă a efectuat sau nu o acţiune etc., etc.

Cei mai mulţi bolnavi suferind de nevroză obsesiv-compulsivă se îndoiesc în mod deosebit asupra actelor întreprinse, dacă le-au realizat corect sau nu, dacă nu care cumva le-au realizat chiar. Un astfel de bolnav trebuind să plece de acasă verifică de nenumărate ori dacă a închis robinetele pentru apă, dacă a închis lumina, dacă nu este focul aprins în sobă, dacă a închis bine aragazul etc. etc. Verificând şi reverificând actele întreprinse şi încuind uşa casei, până să iasă în curte se întreabă dacă a încuiat uşa şi neliniştit, nesigur şi angoasat se întoarce, uneori de câte două sau trei ori pentru ca să se convingă dacă în adevăr a încuiat uşa.

În cazul că trebuie să redacteze o scrisoare, verifică de nenumărate ori conţinutul, o reface de mai multe ori şi merge la cutia de poştă unde introduce scrisoarea şi se mai întoarce de câteva ori să vadă dacă în adevăr scrisoarea a ajuns în interiorul cutiei poştale şi n-a rămas în fanta cutiei. După aceasta apar numeroasele îndoieli care-l chinuie în continuare şi de care nu poate scăpa: a scris oare corect adresa destinatarului?; a timbrat-o în mod corect?; a lipit corespunzător plicul?; a scris tot ceea ce trebuia? etc.etc.

Amintirile obsesive

Amintirile obsesive se raportează la idei, cuvinte, imagini, fraze, versuri, melodii muzicale etc. care apar în planul conştiinţei dominând cu inerţie particulară conştiinţa, pe care o asaltează fără a se putea debarasa de ele şi deşi bolnavul luptă în mod înverşunat împotriva acestor amintiri acesta este constrâns să le ia în considerare, amintirile obsesive continuând să-i blocheze atenţia, să-i focalizeze gândirea, să-l chinuie, împiedicând astfel cursul normal al activităţii ideo-afective şi al comportamentului acţional.

Un al doilea aspect al perturbării proceselor de memorie ţine de faptul că bolnavii frecvent afirmă cu convingere că nu mai au memorie, că

au uitat totul, ceea ce le crează sentimentul nu numai de desnădejde şi de nemulţumire, dar şi de nesiguranţă în ce priveşte faptele, acţiunile, imaginile, cunoştinţele, ideile, sentimentele trăite şi memorate. Bolnavii nu mai au încredere în memoria lor, nu mai cred în fidelitatea memoriei lor de evocare deşi realizează un discurs cu date de memorie cu totul logic şi precis. Ca urmare dacă se linişteşte şi se calmează, starea de anxietate a bolnavului şi dacă se procedează cu răbdare cu el, se va constata cu surprindere, precizia şi detaliile numeroase pe care le poate destoca şi reactualiza, prezentificându-le cu o corectitudine impresionantă. Acest fenomen de afirmare a uitării de către bolnavi se produce, după opinia lui P. Janet, datorită îndoielii şi nesiguranţei generate de scăderea activităţii psihice, privind nu numai memoria sub diversele sale manifestări, îndoiala şi nesiguranţa extinzându-se asupra tuturor proceselor psihice.

Din observaţiile noastre asupra bolnavilor suferind de nevroză obsesiv-compulsivă am constatat o predominanţă a memoriei logice în dauna memorizării mecanice, dar şi faptul că îşi amintesc cu mai multă dificultate, după cum deasemenea învaţă mai greu versuri, însă dacă purtăm discuţii cu aceşti pacienţi, în condiţii de relaxare afectivă pot evoca destul de facil proverbe adecvate conţinutului discuţiei purtate în momentul respectiv. Este surprinzător la aceşti pacienţi cu câtă convingere afirmă că şi-au pierdut memoria pe de o parte şi cu câtă precizie evocă ceea ce au reţinut utilizând memorizarea logică.

Unul dintre pacienţii noştri, student la Universitatea de Medicină, ne relata că nu ştie să desemneze aspectele patologice ale unei fonograme într-o stenoză mitrală, că nu mai are memoria grafoelementelor patologice solicitate, pentru ca după o discuţie de aproximativ o jumătate de oră, când tensiunea anxioasă s-a liniştit, să poată efectua cu o precizie ireproşabilă grafoelementele patologice cerute iniţial a fi reproduse. Acelaşi pacient declara că nu poate rememora figurile din trecut ale unor persoane pe care le-a cunoscut foarte bine, pentru ca după o perioadă scurtă de timp să afirme, referindu-se la aspectul medicului interlocutor, că arată cu un facies mai puţin obosit decât cel care-l avea la întâlnirea anterioară.

O altă pacientă care prezenta obsesii impulsive verbale cu conţinut obscen, întrebată care sunt aceste cuvinte şi cuprinsă de o stare emoţională anxioasă apropiată de panică nu-şi aducea aminte cuvintele respective, pentru ca în momentul când s-a instalat starea de calm afectiv să poată reproduce, jenată evident, cuvintele respective cu o precizie impresionantă.

Un alt aspect privind memoria bolnavilor obsesivi se raportează la faptul că fiind absorbiţi, asaltaţi şi dominaţi cu o inerţie invincibilă de ideile obsesive stagnante şi intense acordă mai puţină importanţă detaliilor perceptive în raport cu stimulii din ambianţă, ceea ce face ca în adevăr unele din actele perceptive şi mnezice să fie incomplete, deşi nu sunt lipsite totuşi de precizie.

Tot în ceea ce priveşte memoria ar fi poate tot aici de amintit rolul memoriei inconştiente în apariţia şi dezvoltarea fenomenului obsesiv, adică rolul amintirilor refulate care după schema freudiană se destăşoară în patru

faze în ce priveşte dezvoltarea obsesiilor. Aceste faze se prezintă astfel rezumate după N. Petrilovitsch:

1. Imoralitatea infantilă, în care trăirile libidinale anormale se fixează pentru a forma nucleul nevrozei ulterioare;

2. Faza reproşurilor, în care o amintire plăcută din faza infantilă se cuplează cu reproşuri, dar care este eliminată din conştiinţă printr-un fel de mecanism de apărare;

3. Faza sănătăţii aparente, în care ruşinea, scrupulele, neâncrederea în sine sunt singurele indicii că această apărare a reuşit;

4. Faza maladivă propriu-zisă în care simptomele de apărare se fixează şi amintirile refulate se reântorc în luminile conştiinţei.

Aceste amintiri şi reproşuri nu ar apărea nemodificate în conştiinţă, obsesiile apărând ca un fel de compromisuri între refulat şi reprezentările actuale, fisurarea dintre aceste elemente producându-se întâmplător sau ca fenomen probabil de acompaniament al unor dificultăţi sexuale actuale.

În ce priveşte conţinutul obsesiv acesta poate fi denaturat în două moduri: în locul elementului refulat apărând ceva nou prin mecanismul de substituţie şi un al doilea mod în locul elementului sexual apărând un element nesexual.

În fine în nevroza obsesivă apare o altă particularitate a proceselor de memorie şi anume hipermnezia pentru ideile obsesive dominante şi inerte care asaltează timp îndelungat şi tiranic conştiinţa, iar pe de altă parte o fixare mai atenuată a unor detalii prin distragerea câmpului conştiinţei asaltată obsesiv ceea ce va scădea nivelul de percepere şi fixare a unor evenimente exterioare. Această particularitate ni se pare că se constituie ca o trăsătură importantă a nevrozei obsesiv-compulsive. În fond, această particularitate traduce divorţul dintre aspectele contradictorii ale proceselor psihice cu instituirea de dominante cu sens descendent şi inerte care acţionează inclusiv în domeniul proceselor mnezice ca şi a proceselor ideo-afective.

Alt aspect constă în aceea că instituindu-se ca dominantă ideo-afectivă, obsesia atrage în interiorul dominantei şi absoarbe ca un vacuum toate celelalte excitaţii pe care le transformă, le metamorfozează şi le fixează invariabil şi le simbolizează în sensul dictat de dominanta obsesivă, ceea ce contrazice raporturile reale, obiective, fenomen care accentuează îndoiala şi nesiguranţa în ce priveşte precizia fixărilor mnezice ca şi a rememorării acestora.

În fine ar fi deasemenea de amintit, tot legat de inerţia obsesivă dominantă, procesele de perseverare, iteraţie şi stereotipie a fixării şi rememorării datelor ideo-afective dominante care vor influenţa negativ în sensul amintit, senzaţiile, percepţiile, reprezentările, ideile, sentimentele şi actele bolnavului, chiar atunci când cauzele psihogene care au determinat aceste manifestări au încetat să mai existe sau să mai acţioneze.

Noi nu ştim prea bine în prezent cum funcţionează computerul nostru natural cerebral şi mai ales nu cunoaştem modul de realizare şi dinamica constructelor noastre mintale şi în particular nu cunoaştem, din punct de vedere neuropsihofiziologic participarea unora sau altora dintre

structurile morfo-funcţionale cerebrale, în elaborarea uneia sau alteia dintre funcţiile şi procesele psihice. Sigur este că acest computer cerebral natural pe care-l posedăm, funcţionează după legile vieţii, ale logicii viului ce operează sincrono-diacronic într-un spaţiu infinit dimensional căruia nici măcar nu-i putem bănui configuraţiile sale dinamice suprastructurale şi suprafuncţionale obişnuite, conştiente şi inconştiente totodată. Cercetările recente par să demonstreze că în nevroza obsesiv-compulsivă există o perturbare funcţională cerebrală a unuia din circuitele computerului cerebral, natural şi anume circuitul cortico-strio-talamic, a cărui disfuncţionalitate determină modificări privind memoria, atenţia ca şi deficitele funcţionale cognitive responsabile de incapacitatea pacienţilor de a îndepărta ideile obsesive (Baxter I. R. jr. şi colab., 1992 ş. a.). Această perturbare a proceselor mnezice în nevroza obsesiv-compulsivă s-ar datora scăderii metabolismului glucozei la nivelul nucleului candat drept şi a cortexului orbito-frontal, după cum deasemenea a fost evidenţiată, prin tomografie computerizată, o reducere a dimensiunilor nucleului candat. Pe de altă parte Rauch (1994) a realizat simptome obsesiv-compulsive după administrarea de bioxid de carbon marcat cu oxigen - 15. Interesant că administrarea de clomipramină şi la fel aplicarea psihoterapiei comportamentale, la bolnavii suferind de nevroză obsesiv-compulsivă, normalizează metabolismul glucozei la nivelul cortexului orbito-frontal ca şi la nivelul nucleului caudat. Aceste studii demonstrează parabiotizarea structurii circuitului cortico-strio-talamic, ca şi *perturbarea memoriei implicite, a memoriei procedurale şi disfuncţionalitatea în deprinderea abilităţilor necesare decondiţionării patologice şi respectiv a extincţiei simptomelor obsesiv-compulsive*. Toate cele de mai sus confirmă suferinţa de substrat metabolic afirmată de P. Janet, fenomenul de parabiotizare a structurilor cerebrale incriminat de Pavlov, participarea conflictelor refulate susţinută de S. Freud etc., toate aceste mecanisme neuropsihofiziologice având în ultimă instanţă ca mecanism fundamental parabiotizarea cerebrală, cu instalarea psiholepsiei, a stărilor hipnoide etc. cu fenomenele lor dominante psihologice descendente care merg de la ideea obsesivă, până la nivelul gândirii mitice, toate cu structurile lor particulare, motiv care explică bogăţia şi polimorfismul manifestărilor clinice ale nevrozei obsesiv-compulsive.

Ruminaţiile obsesive

Legrande du Saulle raportându-se la personalitatea obsedaţilor, la ideile lor obsesive, la îndoiala care-i macină descrie în acelaşi timp *ruminaţiile mintale obsesive*. Autorul nota referitor la cele amintite următoarele:

„ ... bolnavul se bucură de toată plenitudinea raţiunii sale, dar el este umbros, susceptibil, punctual, exigent, egoist, temător şi visător. Părând a-i lipsi încrederea în sine însuşi, el verifică ceea ce a făcut, controlează ceea ce a spus, reciteşte ce a scris şi aduce în actele de puţină

importanţă un veritabil lux de precauţiuni. El pare a trăi într-un fel de ezitare interioară constantă; îşi repetă mental lui însuşi aceleaşi idei şi aceleaşi cuvinte, este condus la aceleaşi acte, petrece o parte a timpului său pentru a delibera în gol, a-şi pune puncte de întrebare şi a le răspunde, a se impacienta, a se blestema de lipsa sa de pătrundere, a se angaja din ce în ce mai mult într-o luptă intelectuală fatal sterilă şi fără finalităţi posibile, a nega evidenţa cea mai convingătoare, a pierde curajul şi a se lăsa strivit de oboseală. El se indoieşte.

Că el ar fi obsedat printr-un fel sau altul de idei, ceea ce variază în general după individ, după gradul său de instrucţie şi de mediul său obişnuit, aceasta este totdeauna aceeaşi serie de gânduri morbide care se impun spiritului său, care în fapt îl ocupă în oarecare fel, şi care în decurs de câteva luni, un an sau zece ani, îi este nota dominantă. Că *dezbaterea sa sterilă interioară* priveşte pe Dumnezeu, Sfânta Fecioară, naşterea lui Hristos, creaţia, natura, viaţa, inteligenţa umană, soarele, luna, stelele, diferenţele de sexe, conformarea organelor genitale, ovulaţia, somnul, moartea subită, prăpăstiile, păcatele şi iertările, uitările confesiunii, mărimea animalelor, dimensiunile obiectelor, împărtăşania, sticla, monedele de aur, de argint şi de cupru, câinii turbaţi, acele, mânerul ferestrelor, mânerele uşilor, hârtia sau creioanele - căci acestea sunt acolo, după cele pe care le-am observat, subiectele care se oferă *ruminaţiei psihologice* (subl. ns.) - şi în jurul ideii morbide se va concentra întregul travaliu intelectual. Iată desigur un cerc destul de restrâns în aparenţă de preocupări, de discuţii şi de controverse: ei bine, oricât de limitat s-ar presupune acest orizont patologic, el este apt a se exercita asupra lui însăşi, a trăi pe propriul cont, a se reproduce într-o manieră invariabilă şi a determina prin urmare aprehensiuni ridicole, bizarerii stranii şi acte totodată insolite, care la cea mai mare parte a subiecţilor atinşi de nebunia îndoielii, prezintă multe puncte ale unei similitudini surprinzătoare" (Legrande du Saulle, op. cit.).

Fenomenul ruminativ este în opinia noastră strâns legat de modul de gândire particular pacienţilor prezentând nevroză obsesiv-compulsivă şi care constă în aceea că la aceşti bolnavi gândirea abstractă predomină asupra gândirii concrete şi că un examen atent va evidenţia o veritabilă intoxicaţie metafizică, o dominantă ideo-afectivă grevată de o interminabilă analiză, de o permanentă despicare a firului nu în patru, ci în sute de fire, fără a se ajunge în final la o concluzie stabilă. Această absenţă a finalizării analizelor interminabile se datoreşte, în opinia noastră, incapacităţii sau deficitului capacităţii de sinteză mentală, consecinţă a nesiguranţei, a îndoielii şi respectiv a sentimentului atât de derutant de incompletitudine a însăşi analizei mentale efectuate. Această dominare a gândirii abstracte în dauna gândirii concrete împiedică subiectivarea corectă a realităţii sale intrapsihice ca şi a realităţii exterioare, precum şi deficitul de obiectivare, dacă avem în vedere concluziile nesigure, contradictorii, incomplete pe care bolnavul le poate formula şi concretiza în mod satisfăcător. De aici îndoiala, nesiguranţa, oscilaţiile între variantele polare simultan luate în considerare şi tot în acelaşi mod respinse. *Este desigur, aparent absurd, să*

se admită existenţa unei idei obsesive dominante şi în acelaşi timp ea să oscileze în cadrul acestei dominante între polarităţi atât de contradictorii. Acest fenomen se produce cel mai probabil în însăşi interiorul dominantei datorită faptului că ceea ce predomină în interiorul dominantei este logica afectivă şi nesiguranţa care subminează prin derută anxioasă logica raţională care la examenul obişnuit apare pe prim plan în raţionamentul bolnavului ca şi al medicului care îl examinează. Această logică afectivă care constituie structura fundamentală a dominantei neuropsihofiziologice este puternic saturată de memoria unui trecut afectiv ce nu se poate seria în aspecte primare şi secundare în mod optimal, fapt care aduce la suprafaţă motivaţii inconştiente contradictorii, care la rândul lor accentuează anxietatea, neâncrederea, nesiguranţa, sentimentul de incompletitudine şi de aici numeroasele colaterale pe care rătăcesc analizele interminabile şi contradictorii ale gândirii obsesiv-compulsive.

Ruminaţia obsesivă ne apare ca o nesfârşită dezbatere interioară, un aspect perseverativ dominant, oscilatoriu, fazic, explicat printr-o slăbiciune psihică care nu permite prin instaurarea efortului intelectual şi rupe, fragmentează finalizarea raţională rezolutivă, ruminaţia neputând ajunge la o ordonare sistemică, ci utilizând imaginile separate şi nefiind capabilă de elaborarea unor blocuri operatorii, se ancorează în noţiuni vagi, mobile, imprecise, bazate pe teme parazite şi mobile care favorizează elaborarea sensurilor şi semnificaţiilor abnorme în cadrul şi pe baza unor intuiţii confuze care aparţin logicii afective în care este posibilă o neîntreruptă lectură, cu emergenţe obsesive şi expresii metaforice, neputinţă a puterii fundamentale de sinteză biopsihice şi noopsihice. Structură constelativ-imaginativă, ruminările trunchiate fragmentare nu pot avea caracter de integrală vectorială ideo-afectivă.

Activitatea mintală pe care o desfăşoară bolnavul obsesiv în cursul ruminaţiei mintale cu nesfârşitele şi interminabilele argumente pro şi contra reprezintă norul de idei cel mai învolburat, mai lax, în care legăturile se fac în modul cel mai curios, într-un vârtej care nu se sfârşeşte şi nu are un final concluziv decisiv datorită îndoielii permanente, nesiguranţei. De obicei, ruminaţia mintală are drept conţinut idei abstracte ce se derulează pe numeroase paliere psihice şi pe căi neaşteptate, a căror conţinut ţine nu numai de experienţa, gradul de cultură şi de nivelul de inteligenţă al pacientului. Dar, indiferent de dotarea ideo-afectivă a bolnavului, acesta, în cursul procesului ruminativ se epuizează într-o activitate intrapsihică, pe cât de obositoare, pe atât de inutilă şi care nu este capabilă să ajungă la o concluzie finală, în această imensă *„manie a interogărilor"* şi a aprofundărilor lipsite de profunzime.

Ruminaţia mintală, aşa cum a fost ea denumită de Legrand du Saulle, se apropie foarte mult, doar sub aspect exterior, de fuga de idei şi încă mai mult de raţionalismul morbid fără însă a se identifica cu aceastea şi de asemenea, cu mentismul în care gândurile defilează, străine de gândirea subiectului şi cu cea mai mare rapiditate.

Bolnavii obsesiv-compulsivi, în cursul procesului ruminativ, utilizează cele mai diverse şi neaşteptate combinaţii de idei ce se asociază

confuz, deşi nu le lipseşte o sistematizare vagă la rândul ei, şi în care se developează întreaga structură obsesivă reprezentată de nevoia de precizie în plină nesiguranţă, interogările atunci când pare că apar finalurile, supoziţiile atunci când se apropie de certitudine, simbolizările numeroase şi contradictorii când este asediat de realitatea concretă, cercetarea trecutului când acţiunea îl obligă să-şi însuşească şi să-şi asume realitatea prezentului, oscilaţia şi perfecţionismul dacă a îndrăznit să profileze un final de act, remuşcările şi regretele când i se pare că a greşit, ghicirea viitorului atunci când anxietatea îl presează nemilos şi nesiguranţa care îl chinuie într-o stare de derută insolvabilă.

S-a emis opinia că ruminaţiile şi obsesiile, din punct de vedere psihopatologic se deosebesc deşi au elemente comune prin care se înrudesc. În acest sens, de exemplu, ruminaţia ar ocupa motivaţional în ierarhia psihică, straturile profunde şi care datorită scăderii tensiunii psihologice ar impune în câmpul conştiinţei structurile sale arhi- şi paleopsihice spre deosebire de obsesie care ar aparţine structurilor noogenetice ce se structurează însăşi la nivelul conştiinţei, fără a irumpe aparent din profunzime. Separarea ni se pare arbitrară deşi, în cele afirmate este o parte de adevăr în sensul predominanţei unui nivel sau a altuia, dar nu şi a unei separări nete. În ambele, *atât în ruminaţie cât şi în obsesie apare fenomenul hipnoid, mai accentuat în ruminaţie, poate mai puţin profund în cazul obsesiei obişnuite*, cu corolarul necesar al gândirii forţate şi a desfăşurării unor procese automatice (deşi nu ştim prea bine ce este automatismul mintal) care scad forţa creatoare şi de orientare a conştiinţei în ruminaţie care detensionează nivelul relaţiilor semnificative, conferind o mai mare nesiguranţă de sine în conceptualizare şi lipsă de decizie în iniţierea şi finalizarea actului cu pierderea consecutivă în amănunte inutile şi în căutări interminabile.

Ruminaţiile mintale prin repetările sale forţate, fără sens, fără sfârşit şi fără a junge la o concluzie finală, se constituie uneori într-un cerc infernal şi nebulos de întrebări de la cele mai banale până la cele metafizice, spirituale şi extraspirituale, care neliniştesc bolnavul şi-l chinuie fără răgaz.

În cursul ruminaţiei mintale, a reveriilor compulsive şi a proceselor obsesive, consecutiv stărilor hipnoide au loc activităţi mintale considerabile dar abnorme cu sens descendent, constituite din operaţiuni mintale, în care sunt angajate „asociaţii de idei, memorie, imaginaţie, judecată, raţionament, toate felurile de operaţiuni care se efectuează asupra imaginilor şi ideilor abstracte. Această muncă nu este fără dificultăţi nici fără eforturi, ea este adesea obositoare şi penibilă. Din nefericire, ea prezintă un caracter evident perfect inutil şi steril; oricum ar fi, sistematică sau difuză, ea nu ajunge niciodată la nimic real, nici util" (P. Janet). Ruminaţia este acestă luptă fără final între logica afectivă şi cea raţională în care toate felurile de operaţiuni sunt imprecise, vagi, difuze, cu numeroase căi deschise dar haotic parcurse şi insuficient frecventate graţie permanentelor reîntoarceri, inutile în esenţa lor.

Procesul ruminativ ca şi reveria obsesivă se constituie dintr-o nebuloasă de întrebări, reflexii, rememorări ale trecutului, proiectări în viitor, discuţii intrapsihice interminabile cu caracter abnorm caracterizate, aşa cum scrie P. Janet, prin exagerare şi irezistibilitate cu întrebări absurde şi seducătoare totodată ce asediază psihismul bolnavului şi, de aceea, clinicienii recunosc similitudinea dintre ruminaţie şi obsesia intensă.

Sentimentul absenţei realităţii şi pierderea funcţiei realului

Sentimentul de îndoială, neliniştea, anxietatea, caracterul dominant al inerţiei obsesive, polaritatea ideo-afectivă, instabilitatea, incapacitatea de ordonare şi coordonare a ideilor, neâncrederea în trăirile, ideile şi actele sale, toate acestea contribuie la instalarea *sentimentelor de incompletitudine* deşi conştiinţa şi discernământul sunt integre. *Sentimentul de îndoială* şi *lipsa de încredere* „asupra lucrurilor care sunt crezute cel mai uşor" (P. Janet), asupra persoanelor celor mai apropiate şi a autorităţilor cele mai puţin contestate, ca şi în prezentul şi în viitorul lor, asupra percepţiilor ca şi asupra propriilor amintiri fac să apară aceste *sentimente de neterminat, de incomplet, de insuficient* pe care bolnavii le resimt anxios în raport cu ansamblul trăirilor subiective şi cu acţiunile pe care le întreprind, trăiri ce le extind asupra tuturor relaţiilor subiective şi obiective cu mediul existenţial. Acest sentiment de îndoială, consecinţă a unei stări particulare hipnoide psiholeptice, conferă pacientului impresia de voalare a realităţii, impresia că senzaţiile, percepţiile, reprezentările, amintirile, ideile au caracter imprecis, vag, întunecat, îndepărtat, că au pierdut din vivacitatea şi vioiciunea lor obişnuită. Este ca o mantie a oboselii care învăluie întreaga personalitate şi scade nivelul tensiunilor psihologice, favorizând iniţierea repetitivă a aceloraşi activităţi, în faţa cărora ezită fără speranţă anticipativă tot timpul şi persevereză totodată, fenomene contradictorii care se manifestă ca o consecinţă a oscilaţiilor tonusului energetic vital şi a nivelului mental particular pentru bolnavii suferind de nevroză obsesiv-compulsivă.

V. Pavelcu raportându-se la solidaritatea indisolubilă între structura organismului şi funcţiile psihice, la relaţiile dintre om şi natură în cadrul indiviziunii primare a sentimentului ca trăire timică, sublinia următoarele: „Între om şi natură se stabileşte o solidaritate strânsă, ce se înscrie în structura organismului, în funcţiile acestuia, care devin un fel de cunoştinţe àpriori ale proprietăţilor naturii, ale însuşirilor generale şi principale ale mediului fizic încurajator. Instinctele noastre nu sunt altceva decât anticipări asupra naturii lucrurilor, presimţiri, intuiţii; în organismul nostru, în fiinţa noastră biologică sunt înscrise marile legi ale naturii; le purtăm şi le trăim în noi. De aici vine evidenţa nezguduită, certitudinea existenţei lumii externe; garantul acesteia nu este Dumnezeu, ci noi înşine, existenţa noastră proprie, dar nu o existenţă pasivă şi contemplativă, ci una activă; sentimentul de realitate este un corelat al sentimentului de activitate. Aşa se explică de ce în stările de psihastenie, în momentele de oboseală şi epuizare a energiei, când nu ne putem opune lumii externe, aceasta ne apare ca o

fantomă, ca o ficţiune, ca un vis, ca ceva ireal. Janet spune că avem a face cu tulburarea funcţiei realului. Lumea mintală, simbolică, fără acţiune şi fără activitate, este o lume virtuală şi nu actuală" (V. Pavelcu - *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii*, p. 78).

Pierderea funcţiei realului, este consecinţa perturbării funcţiei anticipative a organismului în ansamblul său, un divorţ între funcţia perceptiv-intuitivă a propriului organism şi percepţia, intuiţia temporo-spaţială a lumii, a cunoştinţelor apriorice ale noţiunii şi legalităţilor sale „pe care le purtăm şi le trăim în noi". E. Kant în *Critica raţiunii practice* preciza că orice senzaţie posedă calităţi anticipative. Pierderea sau perturbarea funcţiei realului, „sentimentul absenţei realităţii", nu vine numai de la nivelul creierului, sau numai de la nivelul psihicului ci îşi are originea în perturbările profunde ale fiinţei, fapt care atestă cât de ample sunt mecanismele patogenice ale nevrozei obsesiv-compulsionale.

Raportându-se la disgnoziile bolnavilor de nevroză obsesiv-compulsivă, P. Janet nota următoarele: „Principalele sentimente observate sunt ... sentimentul absenţei reliefului, de obscuritate, de straniu, de jamais vu, de fals, de vis, de îndepărtare, de izolare, de mort. Care este sentimentul căruia i se ataşează toate celelalte? S-a spus adesea că acesta este sentimentul de nou şi de straniu, eu cred mai ales că acesta este un sentiment de nereal, *sentimentul absenţei realităţii*. Acesta este sentimentul de ireal care dă impresiile în vis, de simulare, de jamais vu, de fantastic, este această absenţă a realităţii psihologice care-i face ca din îndoială să spună că alţi oameni sunt automate şi că ei înşişi sunt morţi. Se poate spune că ei au conservat toate funcţiile percepţiei dar că ei nu le mai adaugă sentimentele de încredere, de certitudine care constituie în spiritul nostru noţiunea de realitate. Noi regăsim à propos de percepţie aceeaşi îndoială care tulbură memoria şi inteligenţa. Această îndoială este un fel de neterminare a percepţiei ..." (P. Janet - *Les nevroses*, Ed. Flamarion, 1910, p. 198).

Toate cele de mai sus stau la baza fenomenelor particulare de *derealizare* şi de *depersonalizare*, deosebite de cele întâlnite în schizofrenie, tocmai datorită anxietăţii, a absenţei indiferenţei faţă de aceste manifestări abnorme şi în fine, ceea ce este esenţial, este tocmai lupta conştientă şi acerbă a bolnavului împotriva obsesiei şi a fenomenelor psihopatologice satelite care o însoţesc.

P. Janet insistând asupra particularităţilor nevrozei obsesiv-compulsive menţiona că: „Oricare ar fi simptomul care se consideră în *absenţa deciziei, a rezoluţiei voluntare, în absenţa credinţei şi atenţiei, în incapacitatea de a trăi un sentiment exact în raport cu situaţia prezentă*" ceea ce este perturbat este *„funcţia realului"*, funcţie care „constă în teama de realitate prin percepţie sau prin acţiune şi care modifică considerabil toate celelalte operaţii după cum ea trebuie să i se adauge sau după cum nu se adaugă" (P. Janet, op. cit. p. 354).

Pierderea „funcţiei realului" are loc în condiţiile unor relaţii interfuncţionale intrapsihice subliminare nivelului de integrare conştientă şi în care ceea ce este structură arhi- sau paleopsihică domină asupra a ceea ce

constituie structură noogenetică. În acest sens ni se pare semnificativă mărturisirea din *Confesiunile* lui J. J. Rousseau care nota că: „Două însuşiri aproape cu neputinţă de aliat se întâlnesc în mine, fără să-mi pot da seama în ce fel: o fire aprinsă cu patimi vii, nestăvilite şi idei care se nasc greu, încâlcite şi care apar totdeauna cu întârziere. S-ar putea spune că inima şi creierul meu nu aparţin unuia şi aceluiaşi individ. Simţirea îmi năvăleşte sufletul mai iute ca fulgerul; dar în loc să mă lumineze, mă arde şi mă orbeşte. Simt totul şi nu văd nimic. Mă înflăcărez dar rămân năuc; trebuie să am gheaţă în vine ca să pot gândi. Ceea ce este mai uimitor, este că am totuşi măsură, putere de pătrundere, ascuţime chiar, numai să fiu ascultat: fac excelente improvizaţii, jucându-mă, dar pe îndelete n-am făcut şi n-am spus niciodată ceva care să valoreze ... Această încetineală de a gândi, unită cu această iuţeală de a simţi, o încerc nu numai în conversaţie, dar chiar când sunt singur şi când scriu. Ideile mi se îmbină în cap cu o greutate de necrezut; ele mişună acolo surd, dospesc până mă ameţesc, până la fierbinţeală, până mă fac să tremur; dar în toată această răvăşeală nu văd nimic limpede, nu sunt în stare să scriu un cuvânt; trebuie să aştept. Pe nesimţite, acest mare vârtej se potoleşte, acest haos se descurcă, fiecare lucru se aşează la locul lui, dar încet şi după o lungă şi încâlcită frământare".

Şi mai departe J. J. Rousseau notează completând: „Dar nu numai că-mi exprim greu ideile, ci le şi primesc greu. Am studiat oamenii şi mă socot un observator destul de bun; totuşi nu ştiu să văd nimic din ceea ce văd; nu văd bine decât ceea ce îmi amintesc şi nu am deşteptăciune decât în cele ce vin din amintirile mele. Din tot ce se vorbeşte, din tot ce se face, din tot ce se petrece în prezenţa mea nu înţeleg nimic, nu pătrund nimic. Semnul exterior este singurul care-mi reţine atenţia. Dar mai pe urmă totul îmi revine în minte; îmi amintesc locul, timpul, glasul, privirea, gestul, împrejurarea, nimic nu-mi scapă. Atunci, pornind de la ceea ce a spus sau a făcut cineva, ajunge la ceea ce a gândit şi rareori se întâmplă să mă înşel" (J. J. Rousseau - *Confesiuni* EPL vol I. Bucureşti, 1969, pp. 146-147; 148-149).

Cele de mai sus ne apropie, într-un mod aproximativ asemănător, de ceea ce se petrece în cazul perturbării funcţiei realului la pacienţii cu nevroză obsesiv-compulsivă.

După opinia lui P. Janet cea mai mare parte a simptomelor particulare nevrozei obsesiv-compulsive se datoresc tocmai pierderii funcţiei realului, exprimată prin sentimentele de îndoială, de incompletitudine, de neterminat, de nerealizare sau de absenţă a terminării celor mai multe acte şi operaţiuni, a îndepărtării de real, a pierderii sentimentului realităţii actului, a pierderii sentimentului eului, a dispariţiei realităţii prezente, a voalării sale, a sentimentului de „ireal, vis, straniu, jamais vu" etc., deşi bolnavii „nu prezintă nici o tulburare în operaţiunile care privesc abstractul sau imaginarul, ei nu prezintă dezordini decât dacă este vorba de realitatea concretă şi prezentă. Este vizibil că trecutul, ca şi imaginarul şi abstractul, aduc în sufletul lor un element de facilitate, în timp ce *„prezentul le face convingerea unui intrus"* (subl. ns. - M. Ş.).

Tulburările cele mai accentuate se întâlnesc în actul voluntar, în perceperea atentă a obiectelor prezente, în perceperea personalităţii la momentul prezent. Nehotărârile acestor bolnavi, îndoielile lor atât de caracteristice nu sunt decât alte aspecte ale aceluiaşi fenomen fundamental" (P. Janet, op. cit., p. 356) *pierderea funcţiei realului* care face mai puţin interesant prezentul, dar mai absorbant şi plin de importanţă disproporţionată mai ales trecutul şi viitorul, tocmai pentru că bolnavii nu au simţul prezentului prin îndepărtarea lor de real. Toate aceste fenomene legate de pierderea funcţiei realului se datoresc, după opinia lui P. Janet, *scăderii tensiunii psihologice şi oscilaţiilor nivelului mintal* consecutive epuizării energiei fizice şi psihice.

Îndoiala obsedantă atrage după sine nevoia presantă de permanentă verificare anxioasă a unor acte realizate tocmai din cauza îndoielii asupra efectuării lor corecte, în condiţiile perturbării funcţiilor anticipative asupra realităţii de unde chinuitoarea şi permanenta reîncepere a aceloraşi acţiuni care duc în final la o epuizare voliţională şi la o mai mare neîncredere.

Îndoiala obsedantă se poate raporta la un obiect sau grup de acţiuni: dacă a închis bine gazul, robinetul, dacă a stins lumina, dacă a scris corect adresa pe un plic, dacă a predat toate noţiunile fundamentale în cazul că este profesor, dacă a redactat corect un raport, dacă a efectuat corect adunările dacă este contabil, dacă a scris corect reţeta în cazul că este medic, dacă a pus şi a cântărit corect cantitatea de medicamente prescrisă într-o reţetă dacă este farmacist etc. etc. În cazul că este credincios se îndoieşte dacă s-a confesat corect şi complet, dacă s-a rugat aşa cum se cuvine, toate acestea luând aspectul scrupulului obsesional. O decizie dacă trebuie luată oscilaţiile dubitative sunt interminabile, chinuitoare. În cazul că trebuie să răspundă unor întrebări este chinuit dacă răspunsul a fost corect şi complet. Bolnavul ajunge să se îndoiască de propria sa existenţă.

Căutările pot fi legate nu numai de amintiri, reprezentări, imagini, idei, obiecte etc., ele se pot aplica în egală măsură trecutului, prezentului şi viitorului, se pot complica neîncetat şi transforma permanent în căutarea vertiginoasă, nesigură, stereotip repetată a explicaţiilor, numită în psihiatria clasică *„nebunie metafizică"*. Căutarea explicaţiilor care nu ajunge la concluziile care să-l satisfacă pe pacient merge de la întrebările cele mai banale şi mai modeste privind motivul de ce un lucru este aşa şi nu altfel, de ce eu sunt eu şi nu un altul şi până la mari probleme filozofice care au frământat gândirea umană. Bolnavii se întreabă mereu de ce este noaptea? de ce este ziua? cum ar fi dacă noaptea ar fi zi? de ce sunt râuri? dacă n-ar fi apă ar mai fi râuri? dacă n-ar fi râuri ar mai fi apă? ce-ar fi dacă în locul apei ar fi altă ceva? dar pământul de ce nu este neted? de ce sunt dealuri? de ce sunt munţi? dacă munţii ar dispare ce-ar fi în locul lor? dar dacă dealurile n-ar mai fi ar mai fi munţi? dar câmpii ar mai fi? gândurile mele cum se nasc? cum iau naştere ideile? dar sentimentele? ce sunt sentimentele? dar ideile ce sunt? dacă n-ar fi oxigen atunci ar mai fi nevoie să respirăm? balena respiră şi trăieşte în apă, dacă omul ar trăi în apă ar respira? s-ar asemăna cu balena? Este interesant de remarcat că aceste

speculaţii interminabile şi uneori deosebit de abstracte nu apar numai la persoane cu o inteligenţă remarcabilă şi cu o cultură excepţională, ci sunt întâlnite şi la persoane fără o instrucţie deosebită, ca expresie imperioasă a unei nevoi constrângătoare de a împlini acest chinuitor travaliu intelectual.

Aceste obsesii-compulsive se întind până la acelaşi punct, adică până dincolo de posibilităţile reale ale unui răspuns raţional, *împing toate operaţiile mintale până la extremele cele mai puţin imaginabile* peste care nu se poate trece în absenţa unor soluţii şi totuşi aceşti suferinzi împing raţionamentul până la limitele imposibilului şi absurdului. De aceea, împinşi de obsesiile lor să găsească soluţii ce nu pot fi găsite, bolnavii imaginează de la cele mai diverse până la cele neaşteptate soluţii, sau trăiesc remuşcări chinuitoare, ruşini neputincioase, sentimentul unor crime imaginare fără a se autoacuza, sacrilegii enorme şi cumplit de neverosimile. În această lume interioară plină de întrebări nerezolvate, de răspunsuri contradictorii, de idei care se pierd, toate tensionate afectiv de o anxietate intensă ce reverberează chinuitor şi la nesfârşit, bolnavul ajunge prada unei mistuitoare şi nemiloase trăiri ca şi cum ar fi comis o crimă uluitoare pe care n-a realizat-o dar nici măcar nu şi-a imaginat-o încă cineva. Bolnavii expun toate acestea cu tendinţa manifestă a unor *generalizări forţate*, pentru ca în finalul discuţiei să atragă atenţia medicului că n-au povestit decât doar o infimă parte din ceea ce au ei în sufletul lor atât de frământat.

Toate aceste forme se pot reuni, combina cu îndoiala, cu bipolarităţile sale punând totul sub semnul întrebării şi determinând o stare de spirit pe cât de chinuitoare pe atât de curioasă, numită aşa cum am subliniat mai sus *rumînaţie mintală* şi care constă într-un neobişnuit travaliu mintal care acumulează sisific şi steril asociaţii de idei, întrebări, probleme şi căutări nenumărate şi inutile edificând aberant şi fără nici un plan, ci într-un perfect automatism dominant, un foarte complicat labirint autoîntreţinut în mod compulsiv, în care bolnavul însuşi nu se mai poate descurca dar nici nu ajunge la o concluzie care să-l satisfacă, epuizându-se astfel într-o activitate intrapsihică interminabilă, inutilă şi epuizantă.

Ph. Chaslin menţionează că „obsesia are deasemenea legături strânse cu ceea ce eu am descris sub numele de *mentism*, pentru că există adesea o repetiţie monotonă obsedantă în centrul curentului de gânduri ca o agitaţie care se formează. Se poate spune deasemenea că dacă obsesia poate ajunge la impulsiune, ea atinge deasemenea printr-o altă latură indecizia: bolnavul, în acest caz, este derutat pentru lung timp prin reprezentarea actelor între care el nu ajunge să facă o alegere, şi care persistă, monotone, fără să atingă scopul decât după un timp îndelungat". Acest tip de mentism din nevroza obsesiv-compulsivă se deosebeşte de *mentismul* veritabil pe care Chaslin îl descrie ca o ruminaţie intelectuală care „este o reverie în care ideile defilează rapid şi fără oprire, într-un mod incoercibil, atât în insomniile ... nocturne ca şi dimineaşa după trezire". Mentismul se însoţeşte „de o *vorbărie goală interioară* care devine importantă în faţa conştiinţei bolnavului, ia o valoare mai mare decât în stare normală, cu sentimentul de automatism. „Mentismul" - scrie Ph. Chaslin - este o defilare de idei asupra cărora bolnavul nu se poate fixa şi asupra cărora el nu poate în consecinţă

reflecta sau mai ales à propos de care există un fel de reflexie forţată analoagă cu nebunia îndoielii. Alteori, unele se opresc şi formează o *schiţă de obsesie*, când curentul tinde a forma un fel de turbion, cu alte cuvinte aceste stări se apropie insensibil de obsesie şi de îndoială, a căror variantă ar fi, întinzându-se pentru a spune astfel la un mare număr de idei succesive defilând fără oprire. Aceasta este ca un diminutiv *interior* a excitaţiei maniace, recunoscută ca patologică de către bolnavul însuşi şi sustrasă influenţei deviatorii a atenţiei externe". Acest tip de mentism din obsesii se însoţeşte rar de excitaţie psihomotorie, recunoscută deasemenea de către bolnav, iar în alte cazuri totul se reduce la această vorbărie mentală, însoţită rar de vorbe şuşotite sau abia şoptite.

O altă varietate a ruminaţiei mintale şi respectiv a mentismului constă în ceea ce Chaslin a denumit cu termenul de *excitaţie circumscrisă* în care se produce o „repetiţie monotonă, dar neîncetată, a aceloraşi cuvinte („Doamne, doamne, ce mi se va întâmpla?") şi în care nu mai este vorba de *vorbăria goală* ci de reluarea neîncetată a aceloraşi cuvinte (rabâchage) în conştiinţa bolnavului apărând *aceleaşi* întrebări şi *aceleaşi* idei..." Această *excitaţie circumscrisă* particulară stărilor de excitaţie maniacală „se apropie foarte mult de *obsesie*" (Chaslin).

În fine ruminaţia mentală se poate manifesta sub forma *„bilanismului"* descris de Ch. Odier şi care constă într-o preocupare forţată, compulsivă şi anxioasă de a efectua bilaţul beneficiilor (câştigurilor) şi pierderilor „organice, psihice şi materiale" (aprud. L. Michaux).

Cauzele care ar determina această activitate fantastică ruminativă intrapsihică, până la mentism, a bolnavului obsesiv sunt numeroase iar explicaţiile etiopatogenice contradictorii.

Sentimentul de neîmplinire sau de incompletitudine

Există totuşi, la început o cauză esenţială de natură predominant endogenă care-l împinge la aceste căutări nesfârşite şi care constă în sentimentele particulare de anxietate şi de nesiguranţă şi *îndeosebi de îndoială* pe care le încearcă subiectul atât în ce priveşte actele comportamentale cât şi operaţiile intelectuale, toate cu caracter obsedant-compulsiv. Faptul esenţial acuzat de toţi bolnavii este, caracterul de nedeterminat, de insuficient, de incomplet, de lipsă pe care-l atribuie tuturor fenomenelor psihologice, trăsătură esenţială care-i stigmatizează şi care a intrat în terminologia psihiatrică sub denumirea: *„sentimentului de neîmplinire"* sau *„sentimentul de incompletitudine"* (P. Janet) expresie a îndoielii şi nesiguranţei. Când aceasta ţine de operaţiile intelectuale, de atenţie, de senzaţii, percepţii, reprezentări, memorie, gândire, bolnavii simt mai întâi că activitatea lor psihică este dificilă, greoaie, că desfăşurarea procesualităţii ideo-afective deşi se realizează bine, nu este completă totuşi, că ea este uneori imposibilă, au senzaţie de insuficienţă şi de instabilitate a atenţiei, acuză scăderea capacităţii de înţelegere, de analiză şi de sinteză mentală, au un sentiment particular de neplăcut, de constrângere, sentiment

demoralizator care domină toate celelalte funcţii şi procese intrapsihice şi anume, sentimentul dureros al îndoielii, al incapacităţii, al indeciziei, al dominării automatice, al intimidării, al oscilaţiei şi al permanentelor întrebări insolubile. La începutul bolii se gândesc la lucruri obscure, care le apar prea vagi, prea îndepărtate şi prea abstracte şi prea filozofice şi pe care le înţeleg cel mai puţin, adică sunt asaltaţi de marile probleme ale existenţei care se condensează în nucleul liric al umanităţii ieşit la iveală neaşteptat în sufletul chinuit de anxietate compulsivă a bolnavului obsesiv, şi de aici sentimentul de incompletitudine asupra operaţiilor intelectuale şi a constructelor sale ideo-afective dominante de obsesie. Evolutiv, boala agravându-se, îndoielile încep să se raporteze la lucruri mai facile şi uneori bizare în relaţiile cu propria persoană şi anturajul apropiat şi, ca urmare a sentimentului că nimic din ceea ce gândesc şi fac nu este terminat, îşi pierd încrederea în persoanele din jur şi în propria persoană, încep să se îndoiască de propriul lor trecut şi de viitorul lor, pun totul sub semnul întrebării şi de aici apare necesitatea verificării imperioase inevitabile a tuturor amintirulor, ideilor, sentimentelor, cuvintelor spuse, acţiunilor întreprinse.

Acest sentiment de incompletitudine trăit şi pus la îndoială inclusiv în ce priveşte propriile procese psihice duce la un veritabil *sentiment de depersonalizare*, pacientul obsesiv având impresia că lupta sa trebuie desfăşurată inclusiv pentru a nu pierde integritatea în ce priveşte atât propria persoană ca şi lumea în care-şi petrece existenţa. Această îndoială stă la baza trăirilor sale fundamentale, a „modului său de a fi în lume", trăiri care-i invadează angoasant conştiinţa existenţei sale ca şi a existenţei înconjurătoare. *Sentimentul de depersonalizare şi de derealizare* al pacientului obsesiv-compulsiv, spre deosebire de acelaşi sentiment întâlnit în cazul psihozelor, nu pleacă de la pierderea perceperii realităţii, ca în psihoze, ci se bazează îndeosebi pe vagul sentiment de interogare neliniştită asupra propriei persoane ca şi asupra realităţii, neliniştе fundamentală alimentată de întrebarea aparent lipsită de importanţă pentru un observator extern şi care constă în: „ce este şi ce se întâmplă?; ce se petrece cu mine şi cu lumea în care trăiesc?" şi la care nu poate răspunde complet şi de care se îndoieşte permanent, dar cu luciditatea conştiinţei şi cu păstrarea integrităţii eului său.

Sentimentul de incompletitudine generează compulsiv o permanentă stare de insatisfacţie şi de lipsă, de nesiguranţă, motive pentru care bolnavul trebuie să verifice de zeci de ori, verificare care devine perpetuă, continuă, ducând la permanente remanieri continuu nefinisate, ceea ce duce la o suferinţă nedefinită, vagă, care poate ajunge până la un veritabil sentiment de depersonalizare. Îndoiala cu privire la existenţa sa în lume invadează existenţa ca şi sentimentul propriei existenţe fără a se alienta în raport cu această existenţă. Toate acestea creează compulsiv sentimentul de permanentă neliniştе şi sentimentul de vag care impregnează întreaga personalitate care ce întreabă irepresibil asupra realităţii înconjurătoare. Cu acestea debutează lunga cale a sentimentelor şi ideilor obsesive penibile care generează implacabil neliniştile ideative şi afective,

tot calvarul căutărilor şi sentimentul neputincios al neîmplinirii, al lucrurilor incomplet gândite sau a acţiunilor incomplet împlinite.

P. Janet considera că obsesiile şi angoasa au ca origine scăderea nivelului activităţii cerebrale (psihastenia), scăderea tensiunii psihologice, sentimentele de incompletitudine, pierderea funcţiei realului.

Toate obsesiile din nevroza obsesiv-compulsivă sunt idei de o importanţă exagerată cu dezvoltări colaterale ramificate, burjonante, ce ocupă prea mult loc în sufletul şi domină totodată tiranic mintea bolnavului, dominaţie împotriva căreia se opune dar pe care din nefericire n-o poate lichida cu uşurinţă.

Dezvoltarea ideilor obsesive nu se face, cum e şi firesc, la toţi bolnavii în acelaşi mod şi după aceleaşi tipare. Dar, în raport cu configuraţia sistemului psihic al fiecărei personalităţi şi în funcţie de particularităţile structurilor sale biopsihice, afective şi temperamental-caracteriale, fiecare bolnav va manifesta în procesualitatea obsesivă trăsăturile sale dominante şi subdominante particulare şi va elabora în raport de nivelul stărilor hipnoide şi de calitatea acestora, sistemele sale deosebite de compensare sau de decompensare inegale şi fazice în raport de fenomenul de parabiotizare stările de egalizare paradoxale sau ultraparadoxale în raport cu care se vor elabora sistemele de adaptare şi de apărare psihologică. Uneori evoluţia bolii este extrem de lungă, cu dezvoltare fazică, oscilantă care poate dura ani de zile. Ideea obsesivă reapare foarte frecvent abrupt şi de intensitate variabilă uneori chiar cu aspecte bizare în orice moment al zilei, evocată de nenumărate şi întâmplătoare fenomene, de multe ori fără o legătură aparentă cu trăirea obsesivă dominantă dar care absoarbe ca un vacuum în nucleul dominant neuropsihopatologic cele mai neaşteptate sau banale stimulări. La bolnavul obsesiv ideile durează nu numai prin ele însele, ci îndeosebi datorită faptului că, spre deosebire de isterie, unde calea anxietăţii spre idee este blocată, în obsesie şi ideea şi afectivitatea au caracter compulsiv, şi chiar dacă ele se atenuează bolnavul nu le poate uita, iar dacă le „uită" ele revin episodic şi atunci el suferă din cauza obsesiilor pe care le reactualizează în câmpul conştiinţei sale atât de chinuite de anxietate compulsivă. Există, în cazul obsesiei, o continuitate activă atât conştientă cât şi inconştientă şi o necontenită activare şi atenuare susţinută de o afectivitate în permanentă tensiune şi alertă autoîntreţinută din resursele structurilor profunde emoţionale, inconştiente, arhi- şi paleopsihice, ale unei personalităţi biologic şi psihologic fragile.

Obesiile ideative se raportează când la o idee concretă - cuvinte, fraze, conţinuturi de gândire neplăcute raportate la obiecte sau persoane, evenimente, întâmplări etc. Alteori, obsesia ideativă are caracter dominant abstract - *obsesii metafizice şi cosmice* - fiind mai mult intelectualizată decât încărcată profund anxios-afectiv, indiferent de sistemul său de referinţe, ceea ce face ca neliniştea să fie doar mai puţin aparentă, astfel că activitatea psihică, eludând tensionarea obsesională, nu mai este atât de inhibată, încât să perturbe evident fluenţa ruminativă a raţionamentului unei subiectivităţi infinit problematice în verticalitatea sensului său cognitiv.

Obsesiile ideative, aşa cum observă L. Michaux, reprezintă o „intoxicare cu o idee", această „manie mintală" cum o denumeşte P. Janet care ia naştere din *permanenta îndoială*, din permanentul „dacă ... atunci" şi „de ce?", „pentru ce?", pe fondul instabil anxios, îndoială şi interogare pe care pacientul şi-o formulează în raport cu existenţa lumii şi a sa proprie, a gândirii şi a religiei, asupra oricărei probleme de existenţă subiectivă la care încearcă să răspundă dar nu ajunge la înţelesul pe care-l caută, pentru că nu se poate opri să pătrundă conexiunile obiective, el imaginându-şi tablouri pe care le neagă din nesiguranţă, măcinat de îndoială şi ros de idei constelative vagi, contradictorii, haotice. „Obsesia ideativă cuprinde în ea tablouri clinice, pe cât de diferite pe atât de asemănătoare sub raportul particularităţilor psihopatologice care stau la baza edificării lor: *fobia lui „pentru ce?", a scrupulului, a îndoielii, a perfecţiunii; fobia atingerii* cu problemele sale privitoare la curăţenie; *mania compensaţiei, a explicaţiei, a conjurărilor, onomatomanie* şi *aritmomanie* (Magnan) cu compulsia de a învăţa şi a repeta nume şi cifre şi de a calcula".

Dacă ne raportăm la logica nevrozei obsesiv-compulsive atunci se impune precizarea că la baza acestei logici se află înţelesurile timice, că este o logică afectivă perturbată prin însăşi procesele afective care o susţin şi o zdruncină, că este o logică ce se bazează nu pe cunoştinţa şi conştiinţa relaţiilor lumii exterioare, ci vine din logica afectivă care se raportează la „atitudinea subiectului şi nu la proprietăţile obiectului. Logica sentimentului şi respectiv logica afectivă, cu atât mai mult dacă este tensionată anxios-angoasant, este mai apropiată de individualitatea organică, de reactivitatea sa totală, de reacţiile reflexe, vegetative, umorale, endocrine, instinctuale, senzoriale, perceptive, de reprezentare, de cunoaşterea preverbală, şi ca atare mai puţin şi mai lax legată de reprezentare, Janet afirmând că afectivitatea şi reacţiile afective sunt conduite neverbale, cu conştiinţa sau principiul plăcerii-neplăcerii la S. Freud, şi de aici logica afectivă ar fi o conştiinţă vagă, difuză, intuitivă, instinctivă, în care nu cunoaşterea relaţiilor şi situaţiilor este atributul său esenţial, ci logica afectivă ar apare ca o logică a justificării unor înţelesuri timice în cadrul unui intens câmp afectiv aşa cum spunea V. Pavelcu.

Pe de altă parte tot în cadrul nevrozei obsesiv-compulsive se păstrează logica raţională care este susţinută de o tensiune afectivă care orientează trăirile proceselor ideative care ţin în frâu conflictele inconştiente spre a nu dezorganiza procesele ideative, intelective optimale necesare executării simţului critic şi deasemenea păstrează într-un cadru funcţional optimal structurile şi nivelurile conştiinţei şi ale eului.

Ca urmare în cazul nevrozei obsesiv-compulsive procesele ideative ascultă atât de logica afectivă cât şi de logica raţională în condiţiile unui câmp afectiv cu conflicte polare orientate în toate direcţiile, cu perturbarea sensurilor şi înţelesurilor afective care fac în acelaşi timp mai labile şi mai fragile însăşi structurile intelectuale, iar creşterea tensiunilor afective anxios-obsesiv-compulsive, denivelează însăşi nivelurile intelective şi aduce conflictele psihice în stare de dominantă hipnoidă, orientând

operaţiunile gândirii şi conştiinţa spre descărcarea sau deviaţia „semnificativă a actului şi afectului" (V. Pavelcu).

Din cele de mai sus va rezulta o denivelare psihică şi un regim de lucru a procesualităţii ideo-afective obsesivo-fobice marcat de structuri psihice labile şi cu dominante şi subdominante burjonante şi de nivel inferior, ceea ce explică simptomatologia atât de bogată, în eflorescenţele sale, şi de sorginte profundă a simptomelor nevrozei obsesiv-compulsive.

Concluzionând asupra celor de mai sus se poate afirma că în nevroza obsesiv-compulsivă suferă atât logica viului, a organismului în întregul său ca şi logica raţională, de unde şi marea derută a conduitei obsesive.

Cele mai tipice obsesii ideative sunt: *scrupul şi îndoiala obsesionale, onomatomania, aritmomania* şi *„maniile mintale"* (P. Janet), acestea din urmă descrise mai sus.

Scrupulul obsedant (fobia scrupulului)

Scrupulul obsesional este una din cele mai frecvente forme ale obsesiei în care preocupările de ordin moral sunt dominante. Bolnavii care prezintă scrupul şi îndoiala obsesionale sunt bine cunoscute şi exprimate insatisfacţia lor în tot ceea ce realizează pentru cultivarea subtil de excesivă a virtuţii perfecte şi a valorilor ideale niciodată epuizabile şi atinse. Scrupuloşii sunt într-o permanentă stare de incompletitudine, de neîncetată ajustare a gândirii în raport cu valorile generale admise, de nemulţumire că au omis ceva faţă de canoanele morale, că ceva mai trebuia împlinit, adăugat, sau că ceva este în plus şi nu trebuia altfel de cum cer legile perfecţiunii. Teama se dezvoltă continuu şi constrângător cu cât conştiinţa valorii creşte şi sentimentul abuziv al insuficienţei şi chinuitor al îndoielii se intensifică la nesfârşit, iar o repetare a acţiunii realizate irepresibil nefiind nici ea capabilă să liniştească conştiinţa lor infernal de deliberativă asupra unor greşeli pe care consideră că le-au comis sau este sau se simte constrâns să le realizeze. De aici remuşcările, mărturiile frecvente, severele examene de conştiinţă. Scrupulul obsesional se desfăşoară predominant la nivelul conştiinţei care acordă semnificaţii contradictorii din punct de vedere moral faptelor şi ideilor pacientului. De aici, de la acest nivel moral şi suferind de incompletitudine, amplificarea scrupulului obsesional se agravează în prezenţa ideilor obsedante contrastante, care accentuează şi mai mult deruta anxioasă şi nesiguranţa interioară.

Scrupulul obsesional are, se pare, un debut precoce, primele sale semne apărând încă din copilărie, manifestându-se prin tendinţa spre ordine excesivă, spre curăţenie, aceşti copii fiind prea mult şi, totodată, prea ordonaţi şi prea meticuloşi în ceea ce fac şi în modul cum realizează ceva, deşi aceiaşi copii, uneori pot manifesta o dezordine paradoxală tocmai din spiritul de prea multă ordine. Atunci când devin adulţi aceştia sunt timizi, neâncrezători, veşnic temători organizând uneori fobii, devenind cel mai frecvent ereutofobici.

E. Régis, arată că obsesivii scrupuloşi sunt asaltaţi de *„ideile de contrast"* formate în ce priveşte conţinutul lor de reprezentări, idei şi imagini obscene, imorale şi în contradicţie cu sistemul lor de convingeri şi valori, idei care îi asaltează şi-i antrenează în situaţii faţă de care se cer atitudini morale bine precizate şi solid fundamentate. Tocmai datorită acestor trăsături bolnavii gândesc în contradicţie cu voinţa lor şi se simt constrânşi să spună şi să săvârşească acţiuni paradoxale care le provoacă teamă şi de care se ruşinează în final. Gândirea lor are ca trăsătură esenţială încărcătura simbolică şi interpretările interminabile şi contradictorii de greşeală sau de păcat.

Ideile obsesive contrastante care apar în nevroza obsesiv-compulsivă au aspect contrariu noţiunii generale pe care fiecare om o are despre contradicţie, trăsătură care facilitează, organizează şi finalizează împreună cu alte noţiuni generale gândirea specific umană. Raportându-se la acest aspect I. P. Pavlov nota: „Atitudinea noastră faţă de lumea înconjurătoare, inclusiv mediul social şi faţă de noi înşine, va trebui să se deformeze în mod inevitabil într-o mare măsură, dacă noţiunile contradictorii se vor confunda în mod constant: eu şi *nu* eu, al meu şi al tău, în acelaşi moment sunt eu singur şi în societate, eu jignesc sau sunt jignit etc., etc. Prin urmare, trebuie să existe o cauză profundă pentru dispariţia sau slăbirea noţiunii generale de contradicţie şi această cauză poate fi şi trebuie căutată, după părerea mea, în legile fundamentale ale activităţii nervoase" (I. P. Pavlov - Experienţa a douăzeci de ani. Edit. Acad. Bucureşti, 1953, p. 534). Această explicaţie o găsim în instalarea stărilor hipnoide în cursul stărilor depresive asemănător scăderii tonusului mintal în cazul nevrozei obsesive. În starea hipnoidă instalarea unor stări fazice paradoxale şi îndeosebi ultraparadoxale explică din punct de vedere neuropsihopatologic, „slăbirea noţiunii de contradicţie", apariţia unor răspunsuri opuse în raport cu cele dorite, a unor rezultate paradoxale în raport cu motivaţiile şi convingerile personale cele mai profunde. La cele de mai sus este de adăugat fenomenul de inducţie reciprocă a actelor contrarii ceea ce explică inclusiv *reprezentările contrarii* legate de nesiguranţă, frică, îndoială şi atunci „o excitaţie oricât de puţin intensă a unei reprezentări determină inhibiţia ei şi în acest mod induce reprezentarea contrarie" (I. P. Pavlov, op. cit., p. 535).

Menţionăm în treacăt că însăşi mecanismele de apărare ale eului descrise de S. Freud: *sublimarea, refularea, formaţiunea reacţională, anularea retroactivă, izolarea, regresia, fixarea, denegrarea, identificarea, conversia, inversarea pulsională* îndeosebi în cazul ideilor de contrast nu traduc altceva decât diferitele acţiuni, transformări, metamorfoze, care au loc în interiorul dominantei neuropsihofiziologice care se instalează în cursul stărilor hipnoide.

În ideile obsesive contrastante în modul cel mai evident, dar şi în celelalte simptome obsesiv-compulsive, este vorba de anularea retroactivă, adică de anularea unui act printr-un alt act presupus ca agresiv, periculos sau destructiv, mecanismul de anulare explicând comportamentul bifazic obsesional, de doi paşi înainte, doi paşi înapoi.

Onomatomania (Charcot şi Magnan, 1885) este o preocupare dominantă obsesivă legată de unele cuvinte sau de unele nume ale unor persoane cunoscute sau necunoscute, văzute, auzite sau scrise undeva etc., pe care obsedatul se simte obligat să le rememoreze sau să le repete. Charcot şi Magnan descriu cazul unui bolnav care s-a chinuit o noapte întreagă să-şi aducă aminte numele unei fetiţe despre a cărei istorie citise într-un jurnal, bolnav care nu s-a liniştit până nu a citit în jurnal numele căutat. Prin urmare, uitarea cuvântului sau numelui a putut provoca vertijul obsesional care a persistat până când cuvântul uitat a reapărut în memorie după recitirea în jurnalul respectiv. În aceste cazuri este o căutare obsedantă care angajează personalitatea pacientului în semnificaţii particulare, de cele mai multe ori funeste, legate de pronunţarea unor nume cu o simbolistică încărcată de semnificaţii fatidice.

Aritmomania este o obsesie a cifrelor şi care are o frecvenţă apreciabilă manifestându-se prin numărarea a tot ce întâlneşte, nevoia obsesivă de precizie, de unde pasiunea şi nevoile pentru formulele matematice, pentru cifre, numărare sau calcule mintale din ce în ce mai inutile şi mai complicate, corelări neaşteptate şi neobişnuite de cifre cu anumite evenimente (data naşterii unor persoane, data unor evenimente istorice, preţul unor obiecte etc.), deducţii cu semnificaţii bune sau rele în raport cu cifra luată ca reper etc., cifre care de multe ori traduc nu numai hipermnezia acestor pacienţi dar şi încărcătura simbolică benefică sau malefică a gândirii lor. De multe ori aceşti bolnavi se ataşează de cifre tabu, cifre care desemnează, în unele cazuri, însăşi tipul lor de obsesii. Atunci când greşeşte sau apare cea mai mică ezitare, calculul este reluat, obsedatul combinând variat cifrele pentru a face proba exactităţii. Dar, aşa cum subliniază P. Janet, aritmomania nu ar reprezenta o obsesie specială ci mai curând acea nevoie patologică de axactitate ce se poate aplica tuturor obsesiilor.

Una din pacientele noastre prezentând nevroză obsesiv-compulsivă se simţea constrânsă la început să numere tot ceea ce întâlnea în calea sa. În acest fel ştia numărul treptelor la scările de la blocul unde locuia, a elementelor metalice de la fiecare balustradă, numărul total al geamurilor şi uşilor, ştia câte furculiţe, linguri, cuţite, adică numărul şi varietatea tipurilor de veselă din casă, pentru fiecare curte care avea gard ştia numărul barelor de fier pentru fiecare în parte, deasemenea cunoştea numărul caselor de locuit de pe partea dreaptă şi de pe partea stângă începând cu domiciliul său şi până ajungea la serviciu. Dacă intra într-un magazin în mod automat socotea numărul personalului de serviciu, la fel atunci când intra în birou; au fost cazuri când a numărat cu câţi oameni s-a întâlnit pe stradă mergând sau venind de la serviciu. Privind în vitrinele magazinelor număra câte obiecte erau expuse în vitrină; ştia preţurile pentru mărfurile care le văzuse indiferent dacă acestea o interesau sau nu, dacă-i făceau sau nu trebuinţă. Cunoştea cu exactitate data la care s-a născut fiecare din rudele sale apropiate - şi avea multe rude - trimiţând fiecăruia cu prilejul aniversărilor scrisorile de felicitare. Avea pentru numărul 13 o aversiune deosebită,

această cifră când îi apărea în gând semnifica ceva neplăcut pentru pacientă sau pentru una din persoanele apropiate.

Menționăm deasemenea că în unele situații aritmomania poate să-și însușească valoarea unui *ritual conjurator*, operațiunile aritmomanice apărând emergent pentru a lupta împotriva unor obsesii mai grave. În acest sens unul din pacienții noștri, profesor universitar și care prezenta aritmomanie, efectua aceste operațiuni ca un veritabil ritual iar dacă se întâmpla ca în cursul numărării pașilor să apară o idee obsesivă cu conținut neplăcut însoțită de numărul zilei atunci când pășea pe piciorul stâng, se întorcea și relua totul de la capăt până când ideea obsesivă fastă coincidea cu o cifră pară (22, 24, 28 etc.) atunci când pășea cu piciorul stâng ceea ce constituia pentru bolnav o descărcare anxioasă însoțită de un sentiment de ușurare sufletească.

Tematicile obsesive

M. Gelber, D. Gath și R. Mayou, în *Oxford textbook of Psychiatry* (1989) realizează următoarea clasificare a temelor obsesive, în teme privind: murdărie și contaminare, agresiune, ordine, boală, sex și religie. „Gândurile despre *murdărie* și *contaminare* sunt de obicei ideea afectării altora prin răspândirea unei boli. Gândurile *agresive* se pot referi la acte (a lovi pe cineva) sau la vorbe (a striga obscenități sau insulte în public). Gândurile despre *ordine* privesc modul în care trebuie aranjate obiectele sau organizată munca. Cele despre *boală* sunt, de obicei, însoțite de teamă (de ex. teama de cancer sau de o boală venerică) și de aceea au primit numele de *fobie de boală*, termen care trebuie totuși evitat, pentru că aici nu avem de a face cu o anxietate. Ideile obsesive despre *sex* se referă de obicei, la practici pe care pacientul le consideră rușinoase, ca, de exemplu, contactul anal. Obsesiile cu conținut *religios* iau adesea forma îndoielilor cu privire la fundamentele credinței (de exemplu: „există, într-adevăr Dumnezeu?") sau cu privire la îndeplinirea corectă a unor acte cultice, ca de exemplu spovedania (*scrupulele*)".

Încercând deasemenea o sistematizare, A. Gren, în *Enciclopedie medico-chirurgicală*, împarte obsesiile în raprt de tematica lor, după cum urmează:

1. Tematici religioase, sacre, metafizice. În acest grup sunt cuprinse obsesiile de : sacrilegiu, blasfemie, păcat mortal etc. Aceste obsesii determină acțiunile de a se mărturisi, rugăciunile, închinarea, citirea cărților religioase, pomenile, liturghiile, aghiasma etc., și sunt totdeauna grevate de o stare de anxietate intensă, ele putând duce în unele cazuri la manifestări depresive sau la fenomene interpretative. Cele mai izbitoare contraste în cadrul obsesiilor sunt cele de blasfemie, de sacrilegiu care vin în contradicție cu credința pacientului. În alte cazuri obsedatul are reprezentări obsesive în raport cu imaginile religioase sau atunci când se roagă profesează înjurii adresate lui Dumnezeu, Sfintei Fecioare etc. În acest sens o bolnavă asistată de noi, rugându-se să fie ajutată să nu păcătuiască îi

apărea icoana cu imaginea lui Iisus Hristos dezgolindu-se de veşmintele pictate şi-i apăreau în faţă îndeosebi organele genitale. Într-un alt caz o altă pacientă rugându-se în faţa icoanei Sfintei Fecioare spre a fi ajutată într-o problemă grea familială a formulat înjurii zicând: „eşti o proastă!" Altă bolnavă în aceleaşi condiţii de rugăciune a început să înjure pe Dumnezeu. Aceste contraste violente au declanşat nu mai puţine stări de anxietate intensă şi comportamente obsesionale repetitive care nu încetau printr-o finalizare. În aceste stări obsesive se remarcă aspectele compulsive şi contradictorii între supunere şi revoltă, ambele neconştientizate.

Tot în cadrul acestei grupe se situează obsesiile interogative cu privire la divinitate, la sfinţi, scene biblice, existenţă, timp, spaţiu, pământ, cer, univers, spirit, materie, zi, noapte, trecut, prezent, viaţă, moarte, destin (uman, social sau cosmic), extreme care determină ruminaţii interne, prelungi, chinuitoare, generatoare de îndoială, de ambivalenţă, de ezitare în adaptarea unuia sau altuia dintre răspunsuri.

2. Temele morale se leagă de temele precedente, în sensul elaborării criteriilor etice după modalităţi strict personale, dar care în cazul personalităţilor obsesionale nu sunt în sine mai puţin rigide decât principiile morale ale religiilor sau ale unor curente filosofice sectare şi dogmatice. Principiile morale adoptate prin tradiţie sau elaborate au valoare de lege care trebuie neapărat impusă şi respectată ceea ce face ca obsedatul să se întrebe permanent şi deasemenea să fie în nesiguranţă, să se îndoiască dacă n-a comis vreo infracţiune sau abatere de la prescripţiile adoptate sau cele indicate. Frica de a nu greşi creează nenumărate refulări, motive de acumulare inconştientă a unor tendinţe agresive care vor trebui la rândul lor înnăbuşite. Cu cât obsesia fobică de a nu greşi sau îndoiala dacă a greşit sau nu, sunt mai intense, cu atât mai mult tendinţele compulsive sujacente sunt mai puternice şi la fel cu atât anxietatea este mai mare în legătură cu o eventuală nenorocire care s-ar putea abate asupra pacientului sau asupra unei persoane apropiate (v. *scrupulul obsesional*).

3. Temele de puritate şi de protecţie corporală. Obsesiile din acest grup se raportează la curăţenie, contaminare (frica de microbi, de otrăvuri, de boală etc.) cu toate reacţiile corporale pe care acestea le determină pe plan ideo-afectiv, respectiv cu toată încărcătura obsesivo-fobică pentru propriul corp şi de pe plan moral în raport cu corpul şi sănătatea altor persoane mai mult sau mai puţin apropiate. Acţiunile şi ritualurile pe care le determină aceste obsesii sunt pe cât de multiple, tot atât de diverse şi de spectaculare. Deasemenea în domeniul tematicii de puritate şi de protecţie corporală *ambivalenţa, îndoiala, oscilaţia* între tentaţie şi repulsie se exercită cu o tensionare afectivă deosebit de semnificativă. Obsesia fobică de contact cu obiectele este deosebit de spectaculoasă iar acţiunile de spălare determinate de îndoiala dacă de exemplu mâinile sunt curate şi anxietatea care amplifică îndoiala, face ca unii bolnavi să se slepe pe mâini până la câteva sute de ori pe zi (*ablutomania*). Noi am avut o pacientă în asistenţa noastră care zilnic spăla cu un dezinfectant duşumelele şi mobila din casă şi săptămânal cu acelaşi dezinfectant toate hainele şi lenjeria în aşa fel încât după câţiva ani a distrus

totul din casă. Aceşti bolnavi de frica de a nu se îmbolnăvi deschid uşa apucând de mânerul uşii cu mănuşile pe mână, sau deschid uşa cu piciorul. Deasemenea deschid geamul folosind mănuşile de protecţie. Sunt pacienţi care nu ies din casă pentru a nu se contamina de microbi, ajungând până la adevărata izolare socială. Un bolnav nu-şi aprindea ţigara decât după ce o dezinfecta trecând-o printr-o flacără intensă. Un alt pacient nu servea nici un fel de mâncăruri decât dacă erau clocotite şi pentru a fi înduplecat să se alimenteze îi erau aduse vasele cu mâncare direct de pe maşina de gătit. O pacientă a noastră nu servea masa decât în vesela pe care în prealabil o dezinfecta cu alcool căruia îi dădea foc să ardă. Una dintre pacientele obsesivo-fobice nu accepta nici un fel de relaţii intime cu soţul său decât după ce-l supunea, sub supravegherea sa, unui şir de 5-6 spălături. Un bărbat care prezenta obsesii privind protecţia corporală nu şi-a sărutat niciodată soţia şi nici pe cei trei copii ai săi de frică să nu-i îmbolnăvească. Exemple s-ar putea da încă multe altele, toate reducându-se în ultimă instanţă la frica de moarte sau de a nu se întâmpla ceva grav persoanelor apropiate bolnavului.

4. Temele de protecţie faţă de pericolele exterioare se raportează şi sunt în strânsă relaţie cu obsesiile fobice de foc, de călătoria cu trenul, cu avionul, cu trăsura etc., obsesiile fobice de obiectele tăioase, de obiectele ascuţite etc. adică de obiectele care fiind întrebuinţate sau puse în mişcare şi care ar putea cauza un rău bolnavului sau altei persoane. Analizate însă mai îndeaproapè aceste situaţii sunt provocate nu atât de obiectul în sine, prezent ci reprezentat pe plan mintal acompaniat mai ales de frica de a nu comite o impulsiune folosind un astfel de obiect. Acestea sunt „fobiile de impulsiune" obsesionalizate în care obiectul fricii nu este altceva decât agresivitatea potenţială, latentă, situată intrapsihic. Spre deosebire de fobiile obişnuite în care îndepărtarea obiectului duce la anularea fricii în obsesiile fobice sau în fobiile de impulsiune, frica de a nu face un rău cuiva nu dispare din planul psihic, ea continuând să-l terorizeze pe bolnav. Fobiile de impulsiune sunt tipic obsesionale în raport cu alte tipuri de fobii.

5. Temele de ordine şi de simetrie. În spaţiul existenţial, personal sau colectiv, obsesiile privind ordinea şi simetria lucrurilor se pot manifesta sub aspecte atât de diverse şi de variate pe cât de diverse şi variate pot fi raporturile obiectelor ce se pot dispune în spaţiu după criterii personale cel puţin tot atât de multiple şi de variate. Pe de altă parte nevoia de ordine şi simetrie se manifestă nu numai în spaţiul obiectiv ci şi în cel mintal, subiectiv. În primul caz, respectiv în spaţiul obiectiv, material, ordinea şi simetria priveşte modul în care sunt dispuse obiectele în casă, în cameră, în birou sau în oricare alt spaţiu. De exemplu într-un anumit fel trebuie să fie dispuse cărţile în bibliotecă, vesela la bucătărie, bibelourile şi vazele în casă, într-un anumit fel trebuiesc aşezate scaunele, perdelele etc. La birou într-o anumită ordine şi într-un anumit fel trebuiesc plasate dosarele, hârtia de scris, creioanele etc. La fel o anumită ordine este respectată de un strungar în ce priveşte aşezarea sculelor, instrumentelor de măsurat etc. Aceeaşi ordine priveşte vestimentaţia corporală, ordinea îmbrăcării sau dezbrăcării hainelor etc. Una dintre pacientele noaste era obsedată de

ordinea precisă în care trebuia să-şi îmbrace hainele iar dacă, grevată de anxietate, greşea această ordine rigidă se dezbrăca, reluând totul de a început. Această repetare a îmbrăcării putea ajunge până la 10-15 ori încât îi trebuiau câteva ore întregi până reuşea să iasă din casă şi chiar atunci nu era sigură că a fost totul realizat în ordinea autoprescrisă obsesiv-compulsivă.

Nevoia de ordine şi simetrie se adresează în egală măsură activităţii psihice conştiente. În acest sens bolnavii desfăşoară eforturi prodigioase pentru a-şi pune ordine în idei, în ceea ce gândesc, în ceea ce-şi însuşesc. Redactarea unui material se face cu dificultăţi enorme, reluările sunt numeroase, corecturile şi ştersăturile şi mai numeroase, iar atunci când au ajuns în fine să pară că materialul este terminat, apare îndoiala, ambivalenţa, nesiguranţa, sentimentul de incompletitudine, de neterminat, drept care o iau de la început. Astfel începe calvarul documentării, al repetărilor şi confruntărilor, a alegerii cuvintelor, a căutării *sinonimelor*, a confruntării cu diversele tratate şi dicţionare enciclopedice pentru orice noţiune sau orice cuvânt. Evident rezultatul depinde de nivelul şi capacităţile psihice de integrare ideo-afectivă, de nivelul de cultură, de particularităţile specialităţii în care acţionează obsesivul şi bineânţeles de talentul sau de geniul său.

Cele mai anodine activităţi ale obsesivului sunt grevate de nevoia de ordine şi de simetrie, de anxietate şi îndoială, de ambivalenţă, incompletitudine şi de nesiguranţă. De aceea orice activitate ar fi desfăşurat, aceasta este supusă unei analize nesfârşite, uneori interminabile. Nevoia de organizare, de siguranţă, de dominare generate de nesiguranţă, anxietate şi îndoială, îl face pe obsedat să oscileze între atitudini polare pe care cu greutate le armonizează uneori şi aceasta destul de rar. Întrebuinţarea timpului devine simultan o plăcere şi un chin, care se impun tiranic pacientului, şi care elaborează mintal programe pe care le acceptă şi le respinge într-o dinamică neliniştită de simultană angajare şi dezangajare. Dorind să găsească explicaţii, gândirea mitică a obsesivului desfăşoară un evantai larg de activităţi psihice de documentare, de căutări înfrigurate, de argumente, determinându-l la angajare în activităţi de aprofundare uneori cu adevărat ştiinţifice, de cele mai multe ori însă pseudoştiinţifice.

Bolnavii obsesivi sunt terorizaţi de dinamica alertă a noutăţilor, de fluiditatea existenţei în raport cu care simt nevoia presantă de stăpânire, explicaţie şi de dominare. Spontaneitatea este insuportabilă, iar uneori devine oroare, deoarece nu poate fi tot atât de imediat pusă în ordine şi plasată în coordonatele de simetrie cu care obsesivul este obişnuit. Onomatomania şi aritmomania sunt şi fac deasemenea parte din preocupările de mai sus.

6. Temele de precizie şi completitudine se articulează cu cele de perfecţiune şi de insatisfacţie prin incompletitudine. Aceste preocupări obsesive ideo-afective se asociază după P. Janet numeroaselor obsesii de ruşine morală, de insatisfacţie faţă de calităţile morale şi intelectuale, ca şi faţă de trăsăturile şi particularităţile persoanei fizice. Bolnavul obsesiv este nemulţumit de el însuşi, de ceea ce face, de ceea de gândeşte, de modul în

care gândeşte. Nu este mulţumit de sentimentele sale, de gradul inteligenţei sale, de memoria sa, de munca pe care o realizează, de rezultatele pe care le obţine, de atitudinile pe care le ia, toate supuse unei analize drastice, contradictorii, polare, ireconciliabile. Permanent obsesivul este nemulţumit de sine, caută şi găseşte cele mai mici şi nesemnificative greşeli asupra cărora stăruie, depunând eforturi şi cheltuind energie pe care o risipeşte atât de dispersat sau concentrat, chinuindu-se spre a realiza perfecţiunea. Acest perfecţionism ţine de anxietate şi îndoială, de nevoia de precizie şi de împlinire completă. Îndoiala, ca particulatitate fundamentală, nu-i dă răgazul să considere că totul este bine sau că s-a realizat ceva pe deplin şi de aici nevoia de a ajunge la perfecţiune.

7. Temele privind curgerea timpului se adresează îndeosebi proceselor de memorie, obsesiei de a nu pierde memoria, de a nu pierde amintirile, nevoia de prezentificare a trecutului şi respectiv nevoia de ordonare şi clasare recapitulativă corectă a datelor experienţei trăite, fenomene care pot genera stări de îndoială, de anxietate, precum şi tendinţa de a fixa în cadre precise scurgerea timpului. Toate aceste manifestări apar ca deghizări ale presentimentului morţii, luând formele de expresie diversă ale angoasei.

O pacientă a noastră la care manifestările obsesive privind nefidelitatea memoriei apărută cu şapte ani în urmă era permanent preocupată de denumirea unor obiecte, de numele unor personalităţi politice, ştiinţifice sau artistice, de datele unor evenimente importante de istorie etc. Zilnic îşi nota într-un carnet tot ceea ce constituia obiectul obsesiilor sale pe care le repeta permanent din cauza nesiguranţei care o stăpânea. Acolo unde apărea îndoiala făcea apel la manuale, tratate, dicţionare etc. De doi ani nu mai putea să citească şi aştepta la prânz revenirea fiului său de la serviciu pe care-l chinuia spre a-i completa nevoia de a rememora cele notate şi de a completa noile obsesii care apăreau în decursul zilei. Aceeaşi bolnavă nu primea musafiri, nu se ducea în vizită, nu ieşea pe stradă, nu privea la televizor decât filme în care se vorbea în altă limbă pentru a nu auzi un cuvânt a cărui semnificaţie să n-o cunoască şi pentru care să se vadă constrânsă să-i determine sfera şi conţinutul său noţional. În acelaşi timp pacienta a dezvoltat o intensă tanatofobie pe care o disimulează şi o neagă cu perseverenţă, deşi o trăieşte în mod deosebit de anxios.

8. Noi adăugăm **ideile obsesive de contrast** asupra cărora am insistat mai sus în legătură cu scrupulul obsesional.

9. Ideile obsedante polimorfe pe care le adăugăm celor de mai sus şi care după opinia noastră se întâlnesc şi cel mai frecvent, alcătuiesc un „cluster obsesional" şi care sunt alcătuite, în funcţie de fiecare pacient dintr-o suită de idei, sentimente şi acte obsesiv-compulsive mai mult sau mai puţin numeroase. În clinică ideea obsedantă în mod excepţional apare ca unică sub formă de monoideism obsedant.

Tendinţele şi acţiunile obsesive

Tendinţele şi acţiunile obsesive iau naştere când obsesiile de contrast ori obsesiile impulsive se manifestă intens şi sunt însoţite de sentimentul de constrângere imperioasă de a efectua imediat tendinţa sau acţiunea compulsivă.

Menţionăm că în realizarea unui act participă funcţiile psihice în interdependenţa lor şi într-o veritabilă interdependenţă interfuncţională psihică simultan conştientă şi inconştient motivată. Actul voluntar presupune participarea inteligenţei şi voinţei, aprecierea unei situaţii date prin analiză şi sinteză, alegerea unui scop ca şi a mijloacelor ce urmează a fi folosite, delimitarea câmpului în care se acţionează, mobilizarea facultăţilor intelectuale pentru a atinge scopul, de a lua o decizie, de a învinge rezistenţa unor forţe interioare sau exterioare care se opun scopului urmărit, de a îmbina ceea ce este automatic cu ceea ce este conştient şi de a se adapta dinamic în raport cu fluctuaţiile acţiunii însăşi.

Menţionăm în acest sens că un act traduce aspiraţii şi motivaţii interne şi externe, conştiente şi inconştiente, impulsiv - automatice nereflexive sau îndelung elaborate şi reflexive.

La bolnavii obsesivi perturbarea activităţii are acelaşi caracter de constrângere, de asediere, întâlnit în domeniul ideilor, sentimentelor, voinţei etc. Această marcare obsesivă a actelor este denumită prin termeni diferiţi, dar în genere se poate vorbi de tendinţe şi acte obsesiv-compulsive ca şi de obsesii impulsive.

Ceea ce atrage atenţia la bolnavii obsesiv-compulsivi în ceea ce priveşte realizarea tendinţelor şi actelor este deficitul spiritului de decizie în faţa unei acţiuni către care este constrâns în mod compulsiv. În mod obişnuit se manifestă atât compulsia cât şi fenomenul simultan de indecizie, de îndoială, deficitul spiritului de sinteză în vederea luării unei decizii, lupta contrariilor, a argumentelor pro şi contra iniţierii unor acţiuni, deşi bolnavii sunt satisfăcuţi de activitatea directă. Pentru bolnavul obsesiv orice acţiune este ca un permanent joc de şah, ca o neîncetată rezolvare şi prelucrare uneori insolubilă generată şi de dificultăţile aprecierii situaţiei reale existenţiale în condiţiile păstrării pe deplin integre a gândirii abstracte şi a discernământului asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale. Se cuvine deasemenea ca în acest ansamblu profund contradictoriu în care se desfăşoară activitatea bolnavului obsesiv, să subliniem accentuând că din rândul acestor pacienţi s-au desprins mari creatori, unii cu adevărat geniali, în cele mai diverse domenii, teoretice şi practice.

a. ***Compulsiunea*** este teama de a nu realiza o impulsiune care să provoace bolnavului o stare de necesitate şi de panică anxioasă, care să-l facă să imagineze şi să adopte măsuri de rezistenţă activă şi de apărare pentru a nu realiza impulsiunea, prin părăsirea locului sau prin evitarea circumstanţelor favorizante declanşării actului impulsiv obsesiv periculos. Compulsiunile se referă tocmai la acte reprobabile, periculoase, vătămătoare, iraţionale: să realizeze un tic, să lovească un trecător, să-i aducă injurii, să realizeze un incendiu, să distrugă obiecte, să omoare un

om, să arunce un obiect greu în capul trecătorilor, să realizeze un act cu caracter autolitic (să se arunce din balcon, de la fereastră, să împlinească o obsesie impulsivă sexuală etc.). Aceste tendinţe impulsive obsesive nu sunt transformate decât în mod excepţional în acţiuni reale. Hesnard consideră că impulsiunile obsesive ar fi mai curând fobii impulsive, bolnavul trăind frica de a realiza actul periculos.

b. Alteori, bolnavul se simte constrâns să execute inevitabil o serie de acţiuni, chiar dacă este conştient că acestea sunt neplăcute prin absurdul lor deoarece simte că sustragerea, opoziţia, rezistenţa faţă de împlinirea actului duce la stări anxioase, iar efectuarea lor, dimpotrivă, eliberează bolnavul de starea de tensionare psihică pentru un anumit timp. Printre aceste tendinţe obsesive, numeroase câte acte pot exista, se enumeră cititul tuturor afişelor de pe stradă sau a anunţurilor, număratul paşilor, a treptelor, a copacilor sau stâlpilor, a ferestrelor, a persoanelor cu care se întâlneşte etc. sau alte aritmomanii, efectuarea tuturor acţiunilor în mod simetric etc. Tot în acestă categorie de tendinţe obsesive se încadrează şi obsesia impulsivă, ticurile obsesive, obsesiile verbale, tendinţele şi acţiunile obsesive.

Cu privire la manifestările compulsive subliniem doar câteva din particularităţile lor clinice care ne apar a fi din punct de vedere clinic utile de analizat în raport cu obsesiile impulsive. Subliniem în primul rând deosebirea de fond afectiv între fenomenele compulsive în care predomină *sentimentele sociale superioare, spre deosebire de obsesiile impulsive* în care componentele protoafective se îmbină mai pregnant cu sentimentele de ordin superior. În al doilea rând componenta conştiinţei morale în cazul compulsiilor este cu mult mai puternic exprimată în comparaţie cu obsesiile impulsive. În al treilea rând şi aici subliniem un aspect mai puţin luat în considerare de către psihologi ca şi de către psihiatri şi anume faptul că structurile conştiente premerg în evoluţia atât filogenetică, dar mai ales în ordine ontogenetică fenomenelor de voinţă, adică acelei capacităţi de a transforma sau nu un impuls, o idee, o tendinţă, o pulsiune etc. în acţiune sau în nonoacţiune. Din acest din ultim punct de vedere în cazul compulsiunii, nivelul de angajare volitională şi de maturizare corticală şi capacitatea de amânare şi de suspendare sau de anulare a actului este cu mult mai puternică decât capacitatea aceluiaşi act volitional, în cazul tendinţelor impulsive. În cazul unor obsesii impulsive cleptomanice, de sacrilegiu, de crimă sau a unor impulsiuni sexuale, ni se pare că acestea aparţin cu mult mai mult personalităţilor patologice şi în mod excepţional nevrozei obsesiv-compulsive.

În fine o altă deosebire între compulsiunea şi impulsiunea obsesivă constă în faptul că în cazul compulsiunii, nivelul de luciditate al conştiinţei şi respectiv voinţa sunt scurtcircuitate în mod cu totul excepţional, caz în care actul compulsiv se poate realiza ca de exemplu în condiţiile unor decompensări depresive anxioase, în timp ce impulsiunilor obsesive unde, graţie intervenţiei unor procese afective primare (stare de afect) este posibilă comutarea obsesiei impulsive în act impulsiv. În acest caz este mai curând vorba de o personalitate patologică.

Obsesia compulsivă este caracterizată prin încărcătura deosebit de bogată în teamă irezistibilă, neliniște anxioasă și prin lupta bolnavului împotriva pulsiunii către săvârșirea unui act pe care simte că este tentat în mod iminent să-l efectueze și care-l neliniștește sau îl sperie prin caracterul neobișnuit, absurd, ridicul, grotesc, ilariant, dăunător, periculos, imoral sau chiar criminal. În pofida revoltei sale împotriva intruziunii insolite și irepresibile a obsesiei impulsive, obsedatul simte impulsia ca un act cu posibilități de realizare iminentă, gata de a fi început și săvârșit inevitabil la cea mai mică și nesemnificativă distragere a atenției sau slăbire a capacităților conștiente de opoziție, de amânare sau de suspendare a acestuia. Spre deosebire de fobiile de impulsiune, a căror trăsătură esențială constă în faptul că subiectul nu-și imaginează și nici nu gândește să facă vreun rău lui sau altuia din anturajul său apropiat, ci are doar teama în prezența obiectului sau situației fobogene de a executa actul de care se teme, în momentul în care „și-ar pierde capul" și respectiv controlul conștient, dar netrecând totuși decât în mod cu totul excepțional la actul reprobat, obsedatul impulsiv are amestecul paradoxal de tendință, dorință, anxietate ce-l constrâng să treacă la acțiune spre a se realiza actul care constituie conținutul obsesiei sale impulsive ca apoi să se simtă eliberat și destins.

Fobia de impulsiune se transformă prin raționalizare, deplasare în obsesie impulsivă în măsura în care bolnavul imaginează pe plan mintal mijloacele destul de complicate spre a se opune forței de constrângere a obsesiei care-l asaltează. Pe de altă parte, obsedatul își realizează impulsiunea obsesivă numai în cazul acțiunilor fără pericol, atunci când nu se supraadaugă o stare depresivă anxioasă sau melancolică, sau o tendință epileptică paroxistică, ori impulsiile prin toxicomanii, traumatisme, infecții cerebrale etc.

Actele obsesive și obsedante se pot împărți în: a) *acte ridicole* (a face pe nebunul în public, a trage de barba unui trecător, a lovi cu palma chelia unui om, a merge cu spatele înapoi pe stradă, a trage de nas pe cineva; b) *acte de autovătămare* (a comite o automutilare, a se arunca pe fereastră, a înghiți otravă); c) *acte heteroagresive* (a comite un act pervers asupra propriului său copil sau a exercita un act omucidar asupra părintelui sau copilului propriu etc.); d) *acte de tipul sacrilegiilor* - a pronunța insulte la adresa persoanelor divine atunci când este în biserică sau când se roagă; e) *propuneri* scatologice când se află într-o adunare publică sau la o petrecere.

Din categoria obsesiilor impulsive unii autori consideră că ar putea face parte și *cleptomania*. Deși aspectul obsesional nu este chiar atât de rar în cleptomanie însă de cele mai multe ori aceasta este mai puțin obsesie și mai mult un act impulsiv sau simulație, particulare isteriei și psihopatiilor, cleptomania, piromania etc. neavând o încadrare nozologică precisă. În virtutea unor asemenea constatări, mai mulți autori disting două forme de obsesii impulsive: a) *obsesii-impulsii cu trecerea la act* și b) *obsesii-impulsii cu rămânerea în stadiul de veleitate.*

În forma de obsesii-impulsii cu trecerea la act după o luptă acerbă şi eventual după o intensă şi eventual evidentă stare de conflict intrapsihic, obsedatul simte o mare uşurare. Această formă aparţine nu nevrozei obsesive ci personalităţilor patologice de tip psihastenic sau obsesiv-compulsive. La unii cleptomani, de obicei personalităţi psihopatice constituţionale, se întâlneşte iniţial faza tipică de luptă anxioasă împotriva impulsiei urmată de uşurare prin trecere automatică, cvasiinstinctivă la act, uneori, cleptomania însoţindu-se şi de o criză dipsomanică. De regulă, însă, obsedaţii cleptomani nevrotici nu trec automatic la actul impulsiv ci are loc lupta intensă intrapsihică, impulsia consumându-se prin anulare pe plan psihic, devenind un act pur psihic, o caricatură de acţiune, o veleitate imaginară caracterizată printr-o luptă interioară cu conţinut moral şi paroxisme anxioase împotriva acestei acţiuni care vexează conştiinţa bolnavului.

Impulsiile obsesionale ce apar în nevroze sau în tulburări psihice la interferenţă cu normalitatea se deosebesc de impulsiile melancolice, deci psihotice, prin faptul că primele revoltă pe bolnav, obsesivul având păstrat discernământul în timp ce la melancolic se integrează nucleului delirant autoacuzator. Pe de altă parte se observă faptul că există posibilitatea ca fobia de impulsie să se transforme prin raţionalizare obsesionalizantă în obsesie impulsivă. Această posibilitate reală există în măsura în care se constată că bolnavul imaginează şi realizează activ mijloace mai mult sau mai puţin complicate pentru a lupta împotriva forţei interne constrângătoare, angoasante a obsesiei în aproape totalitatea cazurilor.

Ceea ce caracterizează în mod esenţial şi deci fundamental impulsiunile obsesive şi respectiv actele obsesive din nevroza veritabilă obsesiv-compulsivă este caracterul lor incontestabil şi totdeauna de natură inofensivă.

K. Schneider subliniază că *impulsiunile* obsesionale, din care decurg actele obsesionale ca de exemplu *aritmomania*, sau „de a se arunca în faţa unui tren", de a sări de la etaj prin defenestrare pot fi considerate ca *impulsiuni primare* şi care sunt manifestări directe, imediate ale ideii obsesive. Psihiatrul german distinge însă şi *impulsiunile secundare* obsesionale, care decurg din ideea că pacientul este murdar de unde decurge actul obsesional al spălării (*ablutomania*).

Chiar dacă citatul ce urmează din K. Schneider este prea mare, îl vom reproduce în cele ce urmează având în vedere nuanţarea fină a raţionamentului psihiatrului german în ceea ce priveşte impulsiunile obsesionale: „Pentru ca o impulsiune să fie obsesională, trebuie, în tot cazul s-o trăieşti, nu prea târziu, ci chiar în momentul când e stranie şi absurdă. Şi în plus, trebuie ca aceasta să se petreacă plecând de la acelaşi „strat" psihic, şi nu trecând de la un alt strat, de exemplu în maniera „celui moral" care poate înlătura o excitaţie pulsională vitală chiar în momentul când ea survine. Dar toate acestea nu ne permit să ajungem la o distincţie netă. Când impulsiunile obsesionale sunt secundare şi servesc la apărarea contra ideilor obsesionale, se poate cel mai uşor plasa frontiera despre care este vorba mai sus. Totuşi există impulsiuni obsesionale primare, ca aceea de a

pronunţa cu toată stranietatea impulsiunii un cuvânt urât, cum poate fi deasemenea, ocazional, aceea de a fura. (În rest, chiar dacă se consideră impulsiunea la furt ca fiind de natură obsesională, aceasta nu dispensează de nevoia de a rezista obsesiei.). În final, toate criteriile ne lasă aici în încurcătură, nu există frontiere nete între impulsiunile obsesionale şi alte „impulsiuni irezistibile". Toate fenomenele obsesionale sunt experienţe trăite care nu sunt anormale decât cantitativ, sau cel mult, că nu se îndepărtează de normal decât prin *intensitate*; acesta este motivul pentru care nu se poate defini decât *nucleul* lor. În jurul acestuia se întinde un halon căruia definiţia nucleului nu se poate aplica. Ţinând cont de aceste restricţii, noi spunem: *Există obsesie când cineva nu se poate debarasa de conţinuturile de conştiinţă deşi el gândeşte în acelaşi timp că ele sunt abnorme, sau cel puţin, predominante şi persistente fără motiv.* Dacă se vrea a fi cu totul critic, se va vorbi de conţinuturi de conştiinţă „venind din interior" pentru a distinge experienţele obsesionale ale trăirilor schizofrenice inspirate din *exterior*. Totuşi, din această definiţie generală, rezultă deja, în fapt, că nu poate fi vorba de o obsesie exterioară". (K. Schneider - *Psychopathologie clinique*, p. 109-110).

Obsesiile impulsive la crimă

Temele obsedante impulsive constituie un capitol controversat în clinica nevrozei-compulsive, dată fiind structura particulară a personalităţii obsesive dominantă de preocupările morale, de scrupul, îndoiala, frica de a comite infracţiuni sau frica de a comite vreun rău reprobabil moral şi prezenţa totuşi a unor idei şi tendinţe compulsive cu caracter impulsiv, tendinţe care contravin particularităţilor pozitive moral-sociale ale acestor pacienţi.

O bolnavă internată pentru stare de nelinişte anxioasă, astenie, insomnie, vise terifiante, dismnezie de fixare, hipoprosexie, scăderea randamentului activităţilor profesionale, ne relatează că încă de pe când era copil avea frica de întuneric, frica de a rămâne singură în casă, motiv pentru care se simţea constrânsă să controleze peste tot (sub pat, în dulap, după uşă, în pod, în alte camere) dacă nu se află cineva străin. În vârstă de 47 ani, şi acum efectuează aceleaşi măsuri de siguranţă, iar în ce priveşte frica de întuneric nu iese noaptea din casă chiar dacă i s-ar spune că a decedat cineva din familie. Relatează deasemenea, că are frică de morţi, şi dacă aude că a decedat cineva în sat nu iese din casă până ce mortul nu este înmormântat. Pacienta prezintă deasemenea, claustrofobie, motiv pentru care nu urcă niciodată cu ascensorul. A încercat să urce cu alte persoane împreună până la ultimul etaj al unui bloc de apartamente cu nouă etaje şi s-a abţinut cât a putut să nu strige, prezentând palpitaţii, ameţeli, senzaţie de leşin şi mai ales, senzaţia intensă de sufocare. Aceeaşi senzaţie de sufocare o are când se află singură în casă, stare de angoasă care uneori ajunge până la atacuri de panică şi senzaţie de moarte iminentă: „simţeam că în acele secunde voi muri". În alte situaţii trăia sentimentul de dismorfofobie şi de

depersonalizare, de înceţoşare a ambianţei. Prezintă numeroase nozofobii, printre care microbofobie şi cardiofobie mai evidente. În ultimul timp, nu atinge obiectele pe care le consideră contaminate: „nu pun mâna pe lucrurile atinse de alţii, uşa acasă o deschid cu piciorul am frică de obiectele murdare şi de aceea acasă mă spăl mereu, şterg mobila de patru-cinci ori pe zi, spăl duşumelele, de patul meu nu are nimeni voie să se atingă". Se îndoieşte mereu dacă a executat corect un lucru, este preocupată obsedant dacă, atunci când pleacă de acasă, a încuiat bine uşa, dacă a închis gazul, dacă a verificat robinetele. „De multe ori mă întorc din drum să mai verific încă o dată dacă am făcut ceea ce trebuie şi verific încă o dată dacă n-am uitat ceva". Este obsedată de perfecţiune, ordine şi simetrie. Hainele le îmbracă totdeauna în aceeaşi ordine. „Mă oboseşte dezordinea, simt că mă sufoc dacă ceva nu este pus în ordinea ştiută de toţi din casă". Îşi cercetează mereu trecutul, cu o minuţiozitate extraordinară, căutând să găsească motivele pentru care nu se simte bine şi nu mai poate avea acelşi randament în activitatea profesională. Ne relatează că de la vârsta de 14 ani şi până acum o îngrijeşte pe mama sa, care este bolnavă. În ultimul timp, deşi îşi iubeşte mama cu o caldă afecţiune, „îmi răsar aşa, în minte, idei care mă îngrozesc nemaipomenit: îmi vine gândul urât s-o omor pe mama, s-o sfâşii şi mă lupt cu mine să scap de gândurile acestea cumplite. De când au început să apară aceste idei păcătoase am început să mă rog mai des lui Dumnezeu, m-am dus la biserică de mi-am citit rugăciunea, am adus preotul, a citit rugăciuni şi a dat cu aghiazmă prin casă, pentru a scăpa de chinul şi de lupta îngrozitoare pe care trebuie s-o duc cu mine pentru a nu face lucrul acesta necugetat, care m-ar duce în cele mai grele şi niciodată terminate chinuri ale iadului. Am început de atunci să mă rog lui Dumnezeu să nu i se întâmple ceva rău copilului meu".

La cele de mai sus, s-au adăugat în ultimul timp o aritmomanie selectivă în sensul că ţine minte toate numerele de telefon de care a avut vreodată nevoie, dar fapt paradoxal, a reuşit cu foarte mare dificultate să ţină minte numărul automobilului propritate personală. În plus, prezintă onomatomanie şi până nu-şi aduce aminte numele unei persoane sau un cuvânt dintr-o discuţie nu se poate linişti. Este preocupată anxios să nu realizeze vreun act periculos pentru persoanele din colectivul în care lucrează şi care ar aduce atingere normelor sale morale rigide şi credinţei sale religioase de care este profund ataşată şi în care-şi găseşte refugiu prin ritualurile care le practică.

Remarcăm că obsesiile impulsive la crimă coexistă cu alte idei obsedante şi în particular, cu ideile religioase obsedante precum şi cu ideile obsesive morale sau cu obsesiile de tip metafizic.

În alte cazuri, bolnavii sunt obsedaţi de ideea de a nu comite o crimă asupra propriului copil. Noi am întâlnit aceste manifestări obsesiv-impulsive la pacientele tinere, îndeosebi în nevrozele compulsive de post-partum, tendinţe care veneau în flagrantă contradicţie cu sentimentele materne de dragoste şi ataşament pentru noul-născut.

O altă pacientă s-a internat în stare de anxietate pentru că simţea că nu mai poate rezista tentaţiei de a arunca cu ghivecile de flori - pe care le avea pe balcon - în capul trecătorilor.

În mod nu mai puţin rar, se întâlnesc în clinică obsesiile impulsive de tip suicidar, îndeosebi prin defenestrare sau prin a-şi da drumul de la înălţime peste balustrada balconului. În acest sens, una dintre bolnavele noastre, înainte de internare, a obligat pe soţul său să scoată cremonierele de la geamurile şi mânerele de la uşile ce se deschideau spre balcon şi să le bată în cuie pentru a se asigura că nu va avea posibilitatea să dea curs obsesiei impulsive de a se arunca de la balcon.

Obsesiile impulsive suicidare sunt cu atât mai angoasante şi lupta împotriva lor mai acerbă, când acestora li se asociază sentimentul de incompletitudine, de nesiguranţă, de ruşine faţă de propriul corp. Această structurare obsesională impulsivă suicidară poate să se transforme în act suicidar dacă i se adaugă o stare depresivă. O altă pacientă a noastră era obsedată de îndoiala că nu-şi iubeşte soţul suficient de mult, că nu-şi iubeşte ca o adevărată mamă, în mod suficient, copilul, sentimente obsesive de incompletitudine lipsite de elementul autoacuzator, care s-au complicat cu obsesia impulsivă de crimă împotriva copilului. Timp de zece ani a rezistat acestor idei obsesive după care au apărut ideile obsesive suicidare, tendinţă compulsivă care în final a realizat-o.

Alţi pacienţi prezintă obsesii impulsive de a comite un act absurd ca de exemplu să lovească cu palma o persoană din faţa sa, să dea o palmă peste obraz unui trecător pe stradă, să scoată un ochi unei persoane pe care o iubeşte, să pronunţe cuvinte obscene într-o adunare solemnă, să calce cu maşina un pieton etc. În toate aceste obsesii, bolnavul luptă împotriva tendinţei compulsive care, de obicei şi din fericire, în cvasimajoritatea cazurilor nu ajung să se finalizeze. Spre deosebire de impulsiunile veritabile, obsesiile impulsive nu au caracter reflex, automatic chiar dacă se însoţesc de tensionarea anxioasă compulsivă.

Unii autori au inclus, şi mai includ încă, în cadrul obsesiilor impulsive, *cleptomania* (furtul impulsiv nemotivat), *dipsomania* (nebunia băuturii), *masturbarea masculină sau feminină*, *exchibiţionismul* (expunerea organelor genitale în public, îndeosebi în faţa căminelor sau şcolilor de fete), *piromania* (nebunia de a da foc), etc. În legătura cu aceste ultime manifestări psihopatologice, majoritatea autorilor sunt de acord că nu li se poate stabili o încadrare nozologică precisă. Cu toate acestea., P. Janet citează un bolnav care prezenta obsesia impulsivă către blasfemie şi sacrilegiu asociată cu masturbarea. A. Pitres şi E. Regis menţionează *decompensări pseudodipsomaniace* la bolnavii prezentând ereutofobie. În ceea ce ne priveşte, menţionăm că dipsomania, cleptomania îndeosebi, în mod excepţional pot apare ca manifestare obsesivă dacă ideea de a bea sau de a fura are caracter compulsiv şi nu impulsiv, dacă aceste idei la rândul lor se însoţesc de stare anxioasă compulsivă, ceea ce nu se întâlneşte în cazul impulsiunilor şi în fine, dacă realizarea actului ca atare are loc în stare de tensionare compulsivă acerbă iar trăsăturile de personalitate sunt cele ale personalităţii de tip nevrotic compulsiv sau de tipul psihasteniei şi lipsesc

trăsăturile de personalitate patologică (psihopatică) de tip obsesiv (anancast). În toate cazurile, păstrarea discernământului asupra propriei persoane şi în interrelaţiile sociale va tranşa diagnosticul în favoarea tulburărilor de mai sus sau, dacă lipseşte discernământul, impulsiunile menţionate se vor desfăşura şi situa în cadrul sindromatic particular unor psihoze sau stări demenţiale.

Obsesiile impulsive sexuale

Se întâlnesc în clinică, de asemenea, *obsesii impulsive sexuale*, mai frecvent la bărbaţi decât la femei, de cele mai multe ori cu caracter incestuos, de masturbare, însoţite de o amplă încărcătură afectivă negativă, obsesii în cursul cărora adevăraţii nevrotici obsesiv-compulsivi li se opun desfăşurând intrapsihic o rezistenţă atroce şi o luptă pe aceeaşi măsură de înverşunată, având în vedere că acest tip de obsesii impulsive sexuale vin în profundă contradicţie cu conştiinţa morală deosebit de fermă a acestor bolnavi. De cele mai frecvente ori bolnavii nu mărturisesc aceste obsesii din timiditate sau de *ruşine* pe de o parte, iar pe de altă parte poate că în asemenea situaţii însăşi pentru medic diagnosticul implică uneori dificultăţi insurmontabile mai ales dacă se pune în discuţie o tulburare a instinctului sexual la o personalitate de tip psihopatic sau de tip psihopatiform, sau dimpotrivă este un simptom reprezentat de o dezinhibare a instinctului sexual (hipersexualitate) determinată printr-o suferinţă organică cu tulburări neuro-vegetative, şi endocrino-umorale. Obsesiile impulsive sexuale pot fi, de asemenea, *orientate* în sens pedofil sau gerontofil. Şi în asemenea situaţii se impun aceleaşi consideraţii cu atât mai mult cu cât de obicei în prezenţa unor asemenea cazuri şi medicul psihiatru ca şi medicul legist sunt de obicei înclinaţi să încadreze acest tip de comportament în cadrul larg şi mai puţin diferenţiat din punct de vedere nozologic al tulburărilor de sexualitate atunci când actul aberant a fost comis. Evidenţierea celor trei **D = Doubt, Dread, Dred** (Îndoială, Teamă, Act), plus ideea obsesivă incoercibilă şi irepresibilă cu atât mai mult cu cât are şi caracter impulsiv, angoasa compulsivă şi lupta împotriva actului impulsiv-obsesiv, dimpreună cu evidenţierea particularităţilor de personalitate obsesivă, a calităţii şi nivelului de integrare optimală ideo-afectivă, a tipului relaţiilor dintre cei implicaţi şi caracterul lor, a trăsăturilor atitudinale ale celuilalt partener, cu prezenţa eventuală a caracterului permisiv, de incitare sau de acceptare din partea acestuia din urmă, sunt tot atâtea elemente de diagnostic pozitiv şi diferenţial dar şi de terapeutică medico-socială primară sau secundară.

Obsesiile impulsive sexuale de cele mai multe ori şi în particular la femei se însoţesc de reprezentări obsesive cu conţinut sexual. Una dintre pacientele noastre a mărturisit după îndelungi discuţii că de câte ori se uită la un bărbat este atrasă în mod dominant de regiunea genitală şi urmăreşte îndeosebi dimensiunile organului genital masculin. De multe ori aceste obsesii impulsive sexuale au aspectul unor reprezentări vagi, pe care bolnava le critică, şi care-i apar sub forma imaginilor unor bărbaţi

dezbrăcaţi în pielea goală, privirea fiindu-i fixată asupra regiunii genitale şi în cazul acestor reprezentări obsesive. Pe de altă parte în perioada acestor decompensări obsesiv-compulsive cu conţinutul sexual ocupă în regiunea genitală şi la nivelul bazinului o senzaţie de căldură intensă. Bolnava este anxioasă, angoasată, neliniştită şi jenată de aceste imagini care-i apar împotriva dorinţei şi voinţei sale, luptând din răsputeri să alunge aceste din câmpul conştiinţei sale aceste „lucruri ruşinoase". Cu mare dificultate, de asemenea, ne-a mărturisit că în adolescenţă a fost supusă unui comportament violent în cursul unei tentative de viol. Această împrejurare a venit în profundă contradicţie cu concepţiile severe pe care le avea dobândite printr-o educaţie de hiperpuritanism sexual, principii imprimate îndeosebi de mama pacientei. În acelaşi timp structura de personalitate pe care s-au dezvoltat obsesiile sale, este de tip hipersomatic cu descărcare excesivă şi supratensionată de energie intrapsihică pe care o descarcă pe căile organice cu cel mai mare potenţial de perturbare funcţională cu sens descendent, imergentiv negativ, endocrino-umoral ca şi de disoluţionare prin acelaşi mecanism cu sens emergentiv, perturbând procesele noopsihice, inclusiv senzaţia, percepţia sau reprezentarea.

Remuşcările obsesive

Tot în cadrul diverselor obsesii impulsive, P. Janet include remuşcările, regretele. „Alături de aceste diverse impulsiuni, trebuie plasată o menifestare mai frecventă încă şi mai importantă a obsesiei criminale, acestea sunt *remuşcările*. Se poate spune că este vorba de obsesii criminale incomplete în care impulsiunea de comitere realmente a crimei este diminuată şi în care subsistă numai ideea redusă a crimei, atenuată sub formă de amintire. Bolnavul nu se simte actualmente împins să împlinească o acţiune criminală, el gândeşte că a împlinit-o altădată şi el este bolnav de remuşcări" (P. Janet, op. cit., p.19). Aceste remuşcări au un caracter nu atât de net, dar bolnavul are totuşi convingerea difuză şi anxietatea intensă că el a realizat cu adevărat crima, situaţie care se aseamănă cu cea de la trezirea incompletă - stare hipnoidă de trezire psthipnică - în care se continuă încă imaginile de crimă petrecută în vis. În alte situaţii, aceste crime imaginare de care este chinuit obsesiv-compulsiv bolnavul, au un caracter viu senzorial, de tipul reprezentărilor obsesive conştiente şi vivice manifestate sub forma unor imagini nenumărate analoage cu veritabile tablouri" (P. Janet).

Obsesiile impulsive de sacrilegiu şi de blasfemie

Mai mult sau mai puţin credincioşi, bolnavii obsesivi au uneori în legătură cu lucrurile şi persoanele divine atitudini diametral opus credinţelor sau convingerilor lor religioase. În acest sens, o bolnavă a noastră privind la icoana de pe perete când se află în casă, vedea cum

"domnul nostru Iisus Hristos se dezveleşte de hainele sale împărăteşti şi lasă să i se vadă doar părţile ruşinoase ale corpului lui de bărbat şi atunci, în loc să mă închin lui, încep să-i spun vorbe grele de ocară. Doamne! Am ajuns în loc să-l iubesc pe Dumnezeu fiul, să-l blestem, şi atunci îmi trec prin gând tot felul de lucruri rele şi-l asemuiesc cu tot ce este mai urât pe pământ". Bolnava îşi face cruce, este angoasată şi continuă "Oare, de ce Doamne, te porţi cu mine ca cel mai mizerabil pungaş ?!". Iar îşi face semnul crucii şi rosteşte „Iartă-mă, Doamne, nu vreau să spun dar aşa mi te arăţi şi eu cred Doamne, în tine şi mă rog, Doamne, nu te purta cu mine ca un netrebnic!". Bolnava declară că totuşi crede în Dumnezeu, că nu-şi poate da sufletul diavolului, dar că nu se poate opri să nu adreseze cuvintele blasfematorii la adresa divinităţii.

O altă bolnavă, de câte ori mergra la biserică, se ruga la icoana Sfintei Fecioare, exprimându-şi dorinţa de a o ajuta şi de a o feri de păcat, însă după ce termina rugăciunea nu se putea stăpâni să nu spună „Eşti o proastă!". Sentimentele de anxietate trăite cu mare intensitate au dus la o decompensare melancolică anxioasă, cu idei de autoacuzare şi întrerupând tratamentul, după o perioadă de bună remisiune, în final în cursul unei noi decompensări psihotice melancolice s-a sinucis.

În obsesiile impulsive de sacrilegiu, coexistă idei cu conţinut reciproc contradictoriu şi cu cât este mai intensă credinţa în divinitate, cu atât mai intensă este starea de anxietate, iar aspectul compulsiv-impulsiv de sacrilegiu cu atât mai greu de suportat de către pacient. Acestea sunt în acelaşi timp, *obsesii contrastante*.

Unui bolnav credincios, care respecta cu sfinţenie toate prevederile religioase, i s-a îmbolnăvit grav singurul fiu şi s-a rugat cu o intensitate şi o convingere atât de nestrămutată la Dumnezeu să-i ajute fiul să trăiască încât, după moartea băiatului, de câte ori se roagă, nu poate scăpa de ideea că mai bine ar fi dacă s-ar închina dracului şi gândindu-se ca nu cumva să-l pedepsească Dumnezeu pe fiul său pentru păcatele sale, îşi spune de fiecare dată: „am să mă rog, ţie, Doamne, chiar dacă te-ai purtat cu mine mai rău decât s-ar fi purtat dracul dacă m-aş fi rugat lui! În cine să cred, în tine sau în dracu?".

J. C. Nemiah în capitolul despre „Obsesive compulsive Neurosis" din tratatul de Psihiatrie al lui Freedman, Kaplan şi Sadok, redă un fragment din lucrarea lui H. Kramer şi J. Spranger intitulată *„Malleus Maleficorum"* apărută în sec. XV şi în care sunt relatate următoarele:

„Un Boemian din oraşul Dachow şi-a adus propriul fiu, un preot, la Roma pentru a fi eliberat deoarece era posedat. ...preotul împreună cu tatăl său s-au aşezat la aceeaşi masă cu mine. Ne-am salutat şi am discutat, după cum este obiceiul, tatăl continuând să rostească „Ah! Doamne!" ca şi cum era sigur că va avea succes. Mi-a fost milă de el şi l-am întrebat despre motivul vizitei. El, în prezenţa fiului său, mi-a răspuns: „Am un fiu posedat de diavol şi cu greu l-am adus aici pentru a fi eliberat". Când l-am întrebat unde este fiul său mi l-a arătat stând alături de mine. Mi-a fost puţin teamă, l-am privit de aproape, şi deoarece mânca modest şi răspundea pios la întrebări, am început să mă îndoiesc că era posedat şi să cred că, mai

curând, suferea de o boală. Apoi însuşi fiul său mi-a povestit ce s-a întâmplat, cum şi de când era posedat. Când l-am întrebat de cât timp se simte posedat, mi-a răspuns: „Doar când privesc la lucruri sfinte sau când vizitez locuri sacre ..." Când trece prin biserică şi îngenunchiază, diavolul îl face să fie convins că limba îi va ieşi din gură. Când l-am întrebat dacă se poate opri să facă aceasta, a răspuns: „Nu pot pentru că el se foloseşte de toate organele, de nas, limbă, gură şi oricând doreşte mă face să vorbesc sau să plâng şi aud cuvintele ca şi cum le-aş rosti eu însumi, dar sunt incapabil să mă opresc; când încerc să mă rog, îmi atacă mai violent ... limba".

Această coexistenţă a ideilor obsesive pozitive de credinţă în Dumnezeu cu ideile şi impulsiunile contrarii primei idei evocă delirul de tip mancicheist descris de P. Guiraud în schizofrenia paranoidă şi la care bolnavul asistă indiferent, fără a comite blasfemii sau sacrilegii la adresa personalităţilor divine. P. Janet expune un caz cu astfel de idei care „se ruga demonului cât şi lui Dumnezeu" dar care, obsedată de a oferi diavolului ceea ce iubeşte mai mult, şi anume sufletul fiilor săi, această din urmă idee obsesivă avea rolul capital în a tulbura compulsiv, angoasant sufletul bolnavei, deşi din punct de vedere acţional, se simţea constrânsă din interior să promoveze cultul religios demoniac şi aceasta împotriva voinţei şi dorinţei sale.

Obsesiile impulsive pot lua aspectul ideilor de păcat impardonabil aşa cum a fost cazul pacientei expus de noi, cu obsesii contrastante, după care face decompensarea psihotică în cursul căreia comite actul suicidar impulsiv.

Obsesiile de sacrilegiu, de blasfemie sau de păcat de neiertat generează compulsiv, aşa cum s-a văzut din cele expuse, *îndoială, ambivalenţă, oscilaţii* şi determină la *interogaţii* multiple şi complexe asupra Divinităţii, a destinului, a vieţii şi morţii, întrebări împinse la nesfârşit.

Aceleaşi obsesii generează deasemenea, acte şi acţiuni compulsive de confesiune, de rugăciune, de sfinţire a locuinţei, de slujbe, daruri oferite bisericilor, pomeni pentru morţi etc., pentru ca bolnavul să se simtă ispăşit de păcate, acţiuni care au ca scop scăderea stării de anxietate. Uneori acţiunile compulsive pot să ajungă la ritualuri sau ceremonialuri cu cortegiul lor indisociabil de gândire şi practici magice.

L. Michaux deosebeşte trei grupe de *obsesii-impulsii*: *fobii impulsive, impulsiuni psihice* şi *ticuri*. În grupul aşa-ziselor impulsiuni psihice nu există impulsiune fără componentă psihică; autorul inseră aici unele forme de cleptomanie. În ceea ce priveşte impulsiunea exhibiţionistă, aceasta nu intră, de obicei, în cadrul nevrozei obsesionale, ci în aceeaşi grupă cu cleptomania, dromomania şi dipsomania pe care le consideră „enigme" care nu pot fi explicate nici prin invocarea aparenţei lor la psihoza maniaco-depresivă sau epilepsia larvată. Acelaşi autor consideră, de asemenea, că frecvent *„ticul este o obsesie a motricităţii"* (Charcot), având următoarele caractere clinice: integritatea lucidităţii conştiinţei şi deci a discernământului şi, prin urmare, conştientizarea tulburării, cu elaborarea mijloacelor de luptă împotriva lor, cu liniştea şi uşurarea ce urmează după

ce ele au cedat şi pe de altă parte, repetarea lor sub aceeaşi formă iniţială. Aceste caractere diferenţiază ticurile ca impulsiuni obsesionale de alte ticuri, de natură şi încadrare nosologică diferită cum ar fi ticul impulsiv motor pur din idioţie, epilepsie, halucinaţii sau din stereotipiile schizofrenice. Menţionăm că ticurile de natură psihogenă respectiv obsesională se întâlnesc cel mai frecvent la copii.

Obsesiile impulsive verbale sunt întâlnite atât în isterie ca şi la bolnavii obsesivi, în cel din urmă caz bolnavul se întreabă şi se controlează compulsiv, pe sine însuşi, în limbajul său interior ca şi în cel expresiv. Iniţial pacientul are sentimentul, dorinţa sau impulsiunea să exprime trăiri şi sentimente care îl tulbură, îl incită, dar, în acelaşi timp îl inhibă sau îl opresc să vorbească. Este cunoscut că în fiecare obsesie este inclusă tendinţa la realizarea actului şi de aceea bolnavul obsesiv simte în fiecare clipă nevoia să exprimee cuvinte, să repete numele obiectelor pe lângă care trece, să repete unele cuvinte de un număr determinat de ori, să pronunţe o frază cu un anumit conţinut sau să pronunţe cuvinte cu o dicţie perfectă după cum, de asemenea, simte nevoia uneori terorizantă să însoţească fiecare frază cu o expresie stereotipă („nu-i aşa"; „înţelegi"; „sigur că da"; „ştiţi dvs." etc.). În alte cazuri repetă: „eu trebuie să fac"; „eu doresc să fac"; „sunt împins să fac", cuvinte care traduc fenomenele impulsive spre acţiune.

Un bolnav cunoscut de noi de peste 30 ani, de profesie tâmplar, om de o corectitudine exemplară, un suflet chinuit de obsesiile sale, de meticulozitatea cu care-şi realiza profesia, ca şi de sentimentul de incompletitudine, de îndoiala care-l mistuia pentru cel mai mic lucru pe care-l realiza sau trebuia să-l realizeze, care-şi strunea cu destulă grijă neliniştea şi nesiguranţa. Atunci însă când trebuia să se exprime avea un mod particular de a da curs gândurilor sale şi oricare ar fi fost subiectul discuţiei se exprimă în felul următor: „ştii, ştii, aşa frumuşel, binişor, ştii, am plecat spre atelier, ştii, aşa frumuşel, binişor, am ajuns acolo, am descuiat uşa, am intrat înăuntru, ştii, ştii, aşa binişor, frumuşel, da, aşa frumuşel, binişor, mi-am pus salopeta pe mine ştii, aşa binişor, frumuşel, şi m-am apucat de lucru, aşa binişor, frumuşel. Dar am crezut că nu am tăiat precis la dimensiunile cerute binala, ştii, ştii, aşa frumuşel, binişor, m-am speriat, da, ştii, ştii, aşa binişor, frumuşel m-am apucat din nou de măsurat şi aşa, frumuşel, binişor, ştii, ştii, aşa sunt eu, până nu măsor de zeci de ori, ştii, ştii, aşa binişor, frumuşel, nu-i aşa, nu mă liniştesc. Şi după ce am măsurat aşa ştii, ştii, frumuşel, binişor, m-am apucat de lucru şi frumuşel, binişor, cred eu că am făcut până la urmă un lucru bun, ştii, ştii, aşa binişor, frumuşel, după ce am terminat am măsurat din nou pe faţă şi pe dos, ştii, ştii, aşa frumuşel, în lung şi în lat, frumuşel, binişor, însă eu nu ştiu ce-o să spună omul, o să-i placă s-au n-o să-i placă ce-am făcut, ştii, ştii, aşa frumuşel, binişor etc. etc." Şi cu toate acestea era un meşter foarte căutat pentru că ceea ce realiza geamuri, uşi, mese, scaune sau dulapuri erau executate ireproşabil, însă cu un chin uluitor.

Bolnavul este conştient de absurditatea vorbelor sale ca şi de tendinţele impulsive şi luptă contra lor, reuşind să le oprească parţial

impetuozitatea. De multe ori limbajul bonavilor obsesivi apare incomplet, redus la o pură vorbărie din care apar în limbajul expresiv doar fragmente. Această „flecăreală" interioară deţine un rol important în ceea ce se numeşte după Legrand du Saulle *„rumination mintală"* păstrată de P. Janet pentru terminologia psihiatrică, termen ce desemnează o idee repetată într-un cerc vicios de alternative infernale.

Toate cele de mai sus se leagă frecvent de particularităţile personalităţii obsesiv-compulsive care constau în sentimentul de nemulţumire faţă de sine, de timiditate şi de ruşine, de scrupulozitate şi de inferioritate în raport cu toată lumea care stânjenesc multe din acţiunile bolnavului cu atât mai mult dacă prezintă obsesii verbale de contrast. Această particularitate de reactivitate este întâlnită la majoritatea bolnavilor obsesivi care-i face incapabili de a utiliza funcţia comunicativă a limbajului şi în particular, actul de a vorbi în prezenţa cuiva, act locutoriu însoţit sau chiar total blocat de tensionarea emoţională, generat de neliniştea motorie care fac să apară logoclonii sau ticuri de cele mai diverse forme. La aceşti bolnavi funcţia vorbirii apare redusă, diminuată ca structură de suprafaţă în sensul că nu mai poate fi exersată decât în condiţii dificile, dar încărcată simbolic ca structură de adâncime şi obsesiv generată datorită modificărilor din sistemul psihic care face ca limbajul să nu poată fi la dispoziţia voinţei şi libertăţii subiectului, iar semnificaţiile în relaţiile sale cu semnificantul să sufere acelaşi proces de incompletitudine deşi nespusul, actul nelocutiv este deosebit de bogat ca sensuri şi semnificaţii intrapsihice.

Un alt exemplu este al unui reputat profesor universitar care timp de o săptămână era obsedat de ceea ce va trebui să expună studenţilor. Zilele care precedau cursul erau pline de chinul elaborării planului expunerii, a alegerii noţiunilor, a ordonării lor logice, a definirii sferei şi conţinutului acestora cât mai precis, mai clar şi mai sugestiv şi într-un stil adecvat care să întrunească rigoarea ştiinţifică şi frumuseţea stilistică. După aceasta se analiza coerenţa de ansamblu a expunerii. Odată elaborată această ordonare de ansamblu lucra îndelung asupra fiecărei secţiuni. După această etapă timp de două zile înainte de fiecare curs repeta, rostind cu voce tare lecţia de câteva ori pe zi, acordând atenţie inclusiv modulării timbrului vocii, insistând asupra pauzelor, a gesturilor care să sublinieze una sau alta din noţiunile expuse, cântărind de fiecare dată cât de logic se leagă cursul cu ansamblul întregii discipline pe care o preda, dacă se înseră organic şi logic faţă de cursurile precedente şi dacă deschide clar perspective logice pentru cursurile următoare. Cu un asemenea efort în adevăr cursurile sale erau de o ţinută academică exemplară iar chinurile sale erau pe aceeaşi măsură.

Chinul pentru găsirea cuvântului care să exprime adevărul, ideile şi sentimentele marilor scriitori atunci când îşi elaborau operele lor şi care au intrat în patrimoniul culturii universale, sunt mărturisite fie în corespondenţă fie în jurnalele acestor mari creatori. Vom aminti aici exemplul unui genial scriitor francez, G. Flaubert, care în una din scrisorile sale mărturisirea că i-a trebuit o zi întreagă să caute un sinonim pentru un cuvânt care să exprime cel mai bine ceea ce dorea să descrie în legătură cu

unul din eroii romanelor sale. Din marele respect pentru acest geniu de excepţie îi amintim aici numai numele dar nu şi boala de care suferea.

Manifestarea obsesivă în ce priveşte exprimarea verbală se poate observa şi la oamenii obişnuiţi chiar şi pentru cea mai neânsemnată discuţie pe care urmează s-o aibă indiferent cu ce persoană, motiv pentru care tot timpul înainte de a avea loc discuţia sunt cuprinşi de neliniştea că nu vor găsi cuvintele potrivite pentru a răspunde la întrebările puse, că nu vor găsi cele mai adecvate expresii pentru a formula o dorinţă, o cerere etc. Se cunosc în asemenea situaţii multe cazuri, îndeosebi în rândul elevilor şi studenţilor, care deşi au realizat o pregătire excepţională totuşi se hotărăsc cu dificultate să meargă la examene din cauză că n-au reuşit să se pregătească aşa cum ar fi dorit şi mai ales că nu vor fi în stare să exprime ceea ce ei ştiu. În acest sens redăm cazul unui student medicinist, dotat cu o inteligenţă excepţională şi o corectitudine pe aceeaşi măsură şi care lucra sub o tensiune imensă pentru pregătirea fiecărui examen, lucrând în fiecare zi pentru pregătirea cursurilor şi care în preziua fiecărui examen pe care-l avea de susţinut în fiecare sesiune, nu se putea decide să vină la examen, intra într-o stare de puternică anxietate şi nu era capabil să vină la examene având sentimentul că n-a terminat complet studiul cursurilor şi chinuit de îndoială de cele mai multe ori nu se prezenta la examene decât la stăruinţele disperate ale mamei sale, promovând examenele cu note foarte slabe. Colegii săi au aflat despre cele de mai sus şi ca urmare de fiecare dată, pentru fiecare examen, mergeau la el acasă forţându-l să se prezinte la examene şi reuşind în cele din urmă să termine cursurile anului şase, dar n-au reuşit să-l determine să se prezinte pentru examenul de diplomă, ceea ce a făcut ca în prezent să lucreze pe post de cadru mediu sanitar.

Acţiunile obsesive au un aspect diferit de cel al tendinţelor obsesive dar cert este că orice idee predominantă are o tendinţă spre acţiune.

Există, în structura noastră psihică sentimente, trăiri afective pe care, chiar dacă nu le conştientizăm, fac parte constitutivă indestructibilă din actele de conştiinţă, de voinţă, din sentimente Eu-lui şi ale împlinirii sale, din certitudinile subiectivării adecvate a lumii şi de obiectivare a subiectivităţii prin, act în raport cu necesităţile vieţii şi în cadrul existenţei naturale şi sociale. Obsesivul nu are numai *frica finalurilor*, el are şi *frica debutului acţiunii* deşi reprezentarea etapelor şi le imaginează corect însă fenomenul anticipativ este ca şi cel de proiectare anxios. Totuşi, sentimentul de îndoială, de nesiguranţă, de insucces îl derutează şi de aici şi trăirea inutilităţii iniţierii unei acţiuni. Deci în aceste consideraţii nesiguranţa şi frica se împletesc destul de greu de disociat, în momentul când apare sentimentul *incapacităţii de a realiza un act* şi atunci ceea ce domină este obsesia ce se însoţeşte concomitent de starea de astenie, de incapacitate generală de a se mobiliza, angoasa blocând bolnavul până la abulie. În acelaşi timp, nehotărârea face ca actul să nu poată fi încorporat optimal în structurile interne ale personalităţii, iar tendinţa spre act să nu poată fi motivată în mod intim şi transformată în mobilul ferm al unei acţiuni. În alte cazuri, elaborarea şi iniţierea acţiunii este realizată dar nu se

poate menţine într-o perioadă de timp optimală necesară finalizării, deoarece, apare sentimentul de indecizie, de nesiguranţă în efectuarea corectă a acţiunii, de unde permanentele oscilaţii, ezitări, îndoieli, de trăire penibilă a fiecărei etape şi de insatisfacţie asupra corectitudinii fiecărei operaţii, de alegere dificilă a variantelor şi de neîncetate reîntoarceri şi comparaţii, toate aceste trăsături perturbând melodia cinetică a acţiunii, iar uneori a vorbirii. În alte cazuri, însăşi alegerea unor variante decizionale devine un chin, cu oscilaţii între o soluţie sau alta, cu analiza riguroasă dar ambivalentă a fiecărei alternative, cu precauţiuni exagerate care fac imposibilă elaborarea unor decizii definitive. De aici oscilaţiile, analizele cu argumente nenumărate pro şi contra, cu durerea penibilă, chinuitoare a imposibilităţii de a-şi asigura responsabilitatea şi de aici atitudinile imprevizibile, uneori chiar paradoxale sau şocante. De cele mai multe ori este permanenta stare de jenă de a acţiona, de a face ceva care-i chinuie pe bolnavi toată viaţa.

Un fenomen particular pentru nevroza obsesivă este acela de automatism, sentiment de o importanţă considerabilă în patologia mintală. Acest sentiment a fost subliniat încă de Ball (1882) în următorii termeni: „În această stare trebuie să acţionez ca înainte fără a şti pentru ce. Ceva care nu-mi părea a rezida în mine mă împinge să continui ca înainte şi apoi nu-mi pot da seama cum acţionez în mod real, totul este mecanic în mine şi se face inconştient (aprud. P. Janet, op. cit.). Dealtfel, bolnavii obsesivi au frecvent sentimentul de a acţiona ca un automat, parcă n-ar fi voinţa lor cea sub imperiul căreia se realizează actul, că ar fi ca într-o stare de vis, fără a avea totuşi impresia unei influenţe exterioare ce s-ar exercita asupra lor, aşa cum se observă în cazul bolnavilor de schizofrenie. Ceea ce ni se pare ca particular de interesant în acest fenomen de realizare automatică a actelor este nu atât fenomenul psihologic de automatism cât mai ales starea hipnoidă ce explică acest sentiment de automatism, stare hipnoidă care prin fazele sale nu perturbă totuşi conştiinţa de sine şi îndeosebi forţa voinţei până la stadiul de perturbare a relaţiilor semnificat-semnificant, păstrând totuşi discernământul asupra propriei persoane şi interrelaţiilor sociale.

Deşi fenomenul de automatism mintal a fost descris atât în nevroza obsesivă cât şi în schizofrenie şi parafrenie, ca şi în alte boli psihice, noi considerăm că această trăsătură psihopatologică apare ca fenomen secundar stărilor neurofiziologice hipnoide şi în funcţie de stările hipnoide au loc perturbări calitativ diferite ale nivelului de conştiinţă, iar fenomenul de automatism psihologic va avea expresii diferite, în raport de perturbarea calitativă a conştiinţei şi respectiv a discernământului critic.

De starea hipnoidă ţin nu numai manifestările automatice, dar şi celelalte fenomene psihopatologice particulare nevrozei obsesive. În acest sens, sentimentul de dominare, de pierdere a libertăţii personale fără a se ajunge totuşi la elaborarea unui delir de influenţă, de persecuţie, de scrupul, de posesiune etc. P. Janet descrie astfel de elaborări pseudodelirante care par mai apropiate sau interferează prin straneitatea şi absurditatea lor schizofrenia şi de aici unele dificultăţi de diagnostic diferenţial dintre psihastenie şi schizofrenie în care, aşa cum este cunoscut, ceea ce domină în

schizofrenie este fenomenul disociativ dintre care cel mai evident este cel de disociere ideo-afectivă. Totuşi, în nevroza obsesivă apare sentimentul de nemulţumire privind acţiunea realizată, sentimentul de neterminare, de insatisfacţie, de insuficienţă, starea afectivă de lipsa a siguranţei subiectivării şi obiectivării prin act, de unde şi sentimentul lipsei de unitate a propriei persoane, a libertăţii şi voinţei, cu impresia consecutivă că totul este fals şi ireal. Aşa cum menţionează P. Janet, aceste sentimente fac să se apropie între ele „sentimentele de vis şi de ireal" (op. cit., p.283). Concomitent se constată sentimente de depresie, de inferioritate, de umilinţă şi de ruşine, chiar dacă nu se manifestă evident fenomenul obsesiv al ruşinii. Aceste sentimente sunt cu mult mai accentuate în cazul *obsesiei ruşinii de sine* şi *de propriul corp*. Descurajarea poate duce la abandonarea actului până la o adevărată abulie în care inutilitatea efectuării eforturilor devine o realitate penibilă împotriva căreia bolnavul obsesiv nu are capacitatea să se mobilizeze cu atât mai mult, cu cât actul presupune o mai evidentă şi necesară prezenţă socială. În alte cazuri, bolnavul având conştiinţa fermă că un act trebuie realizat voinţa însă nu-l ajută, chiar dacă se revoltă împotriva acestei situaţii. În fond în lupta împotriva ideii obsesive, bolnavul se află în faţa situaţiei inedite de a distruge sau de a descompune un univers absurd care-l domină tocmai prin folosirea unor mijloace care observatorului i se par absurde, aşa cum se întâmplă în cazul actelor compulsive, a ritualurilor etc. Bolnavul se luptă cu o realitate subiectivă pe care o trăieşte până aproape de marginile delirului uneori (în cazurile grave) şi împotriva cărei realităţi trebuie să reconstruiască o lume adevărată aşa cum spiritul său critic o vede în raport cu exteriorul şi în sensul celei mai coerente logici. Coerenţa logică a gândirii bolnavului obsesiv-compulsiv îşi are însă paradoxurile sale deconcertante, născute tocmai în intersecţia punctelor sale cruciale de seria de constelaţii simbolice complexe şi contradictorii de care este sfâşiată plurivalent conştiinţa obsesiv-compulsivă. Anxietatea, îndoiala, ruminaţiile, sentimentele de incompletitudine, nesiguranţa funciară, toate contribuie la edificarea acestei lumi subiective a bolnavului obsesiv, împotriva căreia trebuie să uzeze de mijloace de apărare pe cât de diverse uneori pe atât de absurde, iar uneori chiar paradoxale.

Sentimentele de incompletitudine în raport cu acţiunea se referă la următoarele trăiri: sentimentul de dificultate, de incapacitate, de indecizie, de jenă în activitate, sentimentul de automatism, de dominaţie, de nemulţumire, de umilinţă (ruşine), de intimidare, de revoltă.

„Toate aceste diverse sentimente care se prezintă în ce priveşte acţiunea - scrie P. Janet - se ataşează toate unele de altele. Ele conţin toate un sentiment fundamental: acela că acţiunea este incompletă. Pentru a le desemna, am fost obligat să forjez un cuvânt şi să propun de a le numi *sentimente de incompletitudine*", care este mai corect decât cel de imperfecţiune ce presupune o depăşire a mediei, de insuficienţă, deoarece nu e vorba de o lipsă oarecare, ci „e vorba de absenţa terminării definitive şi *complete*".

Acelaşi sentiment de incompletitudine guvernează şi desfăşurarea operaţiunilor ideo-afective, de percepţie, atenţie şi voinţă, sentiment care precede crizele de angoasă şi ruminaţie mintală. Sentimentul de dificultate a operaţiunilor intelectuale se exprimă prin oboseala şi cefaleea care însoţesc orice efort intelectiv orientat asupra unei activităţi. Concentrarea atenţiei determină o intensă suferinţă psihică de tip ruminativ sau angoasant. Insuficienţa proceselor prosexice conferă pacientului sentimentul nu numai de oboseală, dar şi de imprecizie, de vag, de lipsă a continuităţii, de greutate în desfăşurarea proceselor ideative, de insuficientă mobilizare a întregului sistem psihic în sensul în care a fost focalizată atenţia, de unde sentimentul de incompletitudine, de nâmplinire a ceea ce percepe şi citeşte, a ceea ce gândeşte hic et nunc. De la această incompletitudine, de la acest sentiment de neîntregire, de neterminare, de lipsă a completitudinii în actele şi operaţiile mintale, decurge sentimentul de *instabilitate*, de permanentă comutare de pe o idee pe alta, de pe un lucru pe altul, de la o acţiune la alta, fără a avea totuşi prezent, în aceste cazuri fenomenul de mentism. Bolnavii au impresia de a nu înţelege complet cuvintele atât scrise cât şi rostite; de asemenea, au sentimentul percepţiei vagi a ambianţei, a lucrurilor, figurilor, tablourilor şi de aici impresia că sunt distraţi, neatenţi, când în realitate este un deficit al proceselor de percepţie şi sinteză perceptivă superioară care se împletesc strâns cu oscilaţii fazice ale intensităţii proceselor perceptive şi de focalizare a atenţiei, de oscilaţie a câmpului prosexic. Din această alterare a preciziei câmpului perceptiv şi prosexic decurge în mod necesar sentimentul de bizar, de inautentic, de anormal, de incomplet a obiectelor percepute. Această valoare, ştergere, întunecare, umbrire a obiectelor dă impresia îndepărtării de realitate, de ceva apropiat de starea de vis, de ireal. În acest sens, P. Janet citează pe Krishaber (1873) care descria în felul următor sentimentul de incompletitudine perceptivă: *„Se face ca o atmosferă obscură în jurul persoanei mele, deşi eu văd totuşi foarte bine că suntem în plină zi. Cuvântul „obscur" nu redă exact gândirea mea; ar trebui spus „dumpf" care în germană înseamnă, de asemenea, greu, greoi, şters, stins. Această senzaţie era nu numai vizuală, dar şi cutanată. Atmosfera „dumpf" mă învăluia, o vedeam, o simţeam, era ca o pătură, un oarecare lucru prost conducător care mă izola de lumea exterioară". Acest sentiment particular „de voal, de ceaţă" se întâlneşte la toţi bolnavii de psihastenie.* (subl. ns. - M. Ş.).

Krishaber (1873) în *„Nevropatia cerebro-cardiacă"* descrie numeroase cazuri de bolnavi care aveau sentimentul *straniu* de *jamais vu* în sensul că obiectele percepute deveneau necunoscute, stranii, cu aspect dismorfic sau cu aspect de detaşare de fondul reliefului, fenomene iluzionale dintre cele mai diverse; la fel, pacienţii aveau senzaţia că însăşi vocea lor este străină, fără ca să se constate modificări electroencefalografice şi clinice care să ateste prezenţa unei epilepsii temporale sau o structură de personalitate de tip istrionic.

Ca şi în isterie, epilepsie sau în suferinţele cerebrale, şi la bolnavii de nevroză obsesivă apar fenomene iluzionale vizuale de tipul platiopsiei ca perturbarea vederii stereoscopice, dismorfopsii, insularitate spaţială,

teleopsii sau pelopsii, iluzii de oblicitate, de kinetopsie, microteleopsii, macroteleopsii, micropelopsii etc.

Acţiunile obsesive survin uneori automat împotriva voinţei subiectului, capătă valoare patologică doar atunci când determină o stare marcată de anixietate, domină presant conştiinţa bolnavului şi îi blochează activitatea psihică pe această acţiune obsesivă. Impulsiunea irezistibilă pentru realizarea actului l-a determinat pe Westphal să denumească pentru prima dată aceste fenomene cu termenul de *anacasme*.

Sunt acţiuni care seamănă alteori cu un tic dar în realitate acestea sunt reprezentate de *gesturi, formule* sau *acţiuni* cu valoare simbolică de apărare, *fenomene conjuratorii* care au menirea şi investitura magică de a înlătura un pericol, un eşec, o nenorocire sau o neşansă, un ghinion sau un gând rău să înlăture starea de tensiune anxioasă şi atunci se efectuează un gest determinat (îşi şterge fruntea spre a alunga, lichida angoasa), se execută sau se pronunţă o anumită formulă pentru a linişti tensionarea obsesivă de perfecţiune, corectiv,pentru nevoia de simetrie, de ordine, de justeţe a acestei acţiuni etc., formulele simbolice conjuratorii având ca motivaţie înlăturarea acţiunilor sau gândurilor malefice, ele având o investire de forţă magică sau semnificaţie autopunitivă pentru bolnav.

Sunt bolnavi care repetă obsesiv unele gesturi ca de exemplu urcă un umăr, ating faţa în cursul discuţiei, se trag de lobul urechii, sprijină indexul de piramida nazală, contractează pielea gâtului de o parte şi face o mişcare contralaterală de rotire a capului ca şi când ar vrea să-şi degajeze gâtul dintr-o strânsoare, etc. Alţi bolnavi în cursul vorbirii repetă, intercalând în fraze expresii stereotipe ca de exemplu: „nu-i aşa", „vedeţi dumneavoastră", etc.

Printre acţiunile celor care prezintă microfobie sau nosofobie este, de exemplu, *ablutomania* (spălarea excesivă pe mâini) pentru a se apăra de microbi sau de murdărie.

Reamintim tot aici ceea ce a fost descris ca acţiune sau ca ritualul compulsiv *onomatomantia* şi *aritmomania. Onomatomania* aşa cum se menţiona mai sus poate fi considerată ca o *obsesie ideativă* în care caz pacientul caută în mod obsedant semnificaţia unui cuvânt, sau deasemenea poate avea caracterul unei *obsesii fobice* care constă din frica de a nu rosti cuvinte tabu, după cum deasemenea onomatomania se poate manifesta ca un *act sau tendinţă compulsivă* de rostire mentală a unor cuvinte sau formule conjuratorii sub forma unui veritabil ritual (Thérese Lamperière).

Toate cele de mai sus sunt manifestările unor acte de apărare împotriva angoasei, cunoscând că orice idee, inclusiv ideea obsesivă, este acompaniată şi implică indisociabil actul.

Aşa cum observa Legrande du Saulle, *obsesia fobică de a se fi contaminat de microbi şi constrânge pe bolnavi* „la practici exagerate şi absurde de curăţenie, *la spălări repetate* şi la monologuri fără sfârşit asupra problemei de a şti dacă orice urmă de murdărie a dispărut şi dacă spălările au fost suficiente. Niciodată ei nu reuşesc a se satisface şi niciodată nu ajung a se convinge, chiar în faţa evidenţei. Deşi îndoiala a diminuat în maniera cea mai apreciabilă şi deşi interpelările personale asupra

subiectelor teoretice, abstracte sau ridicule, ar fi aproape de a fi dispărut, îndoiala totuşi se regăseşte încă, dar ea se transformă şi este pusă în serviciul temerilor delirante (obsesive) a atingerii tactile. Fuziunea acestor două mari semne clinice, a celor două particularităţi fundamentale ale nevrozei, este operată. Această constatare este foarte semnificativă şi ea ar putea justifica prin ea însăşi singură necesitatea şi justeţea denumirii nominale pe care noi am ales-o: „ fobie du doute (avec délire de toucher). „Ajuns, după un timp extrem de lung ... bolnavii sunt din ce în ce mai temători, neliniştiţi şi sporovăitori, şi când îi vedem multiplicând spălările lor, scuturând degetele sau frecându-le unele după altele, petrecând ore întregi pentru toaleta lor, şiafişând practicele cele mai exagerate de curăţenie, se remarcă, pe de altă parte, că ei nu-şi schimbă deloc obiceiul, că ei se îmbracă mereu cu aceleaşi haine, şi că sfârşesc prin a nu mai fi îmbrăcaţi decât cu zdrenţe jegoase" (Legrande du Saulle, op. cit.). Davison şi Neale (1974) publică cazul unei paciente care se spăla pe mâini de 500 ori pe zi considerându-se contaminată de microbi.

Ablutomania este doar unul din aspectele a ceea ce P. Janet denumea *„precauţiile pentru curăţenie"* menţionând în acest sens că unii bolnavi consideră că hainele lor nu sunt curate, motiv pentru care mereu le perie sau le spală foarte frecvent. Alţi bolnavi au o grijă deosebită să cureţe mobilele de praf de câteva ori pe zi, să cureţe pereţii şi dacă este posibil să-i spele, să spele duşumelele, să nu fie un pic de praf, de murdărie, asigurându-se astfel că nu vor fi nici microbi. Tot în rândul acestor bolnavi cu aşa zisul „delir de atingere", în realitate obsesia de a nu fi atinşi ajung până acolo încât nu permit nimănui să pună mâna pe ei sau să-i atingă măcar. Dacă le vine cineva în vizită şi a trebuit servit cu o ceaşcă de cafea, cu un pahar de apă, dacă a atins cumva un obiect din casă, după plecarea acestei persoane spală şi fierbe toată vesela pentru a „omorâ microbii". O bolnavă cunoscută de noi nu accepta să se apropie cineva de patul ei, nu permitea numănui să se aşeze pe patul său şi mai ales să se atingă de hainele sale. Am cunoscut un bolnav care nu dădea mâna cu nimeni. Pe lângă acţiunile simple sunt alte acţiuni complexe care se execută într-o anumită ordine, precis determinată, cu un caracter cvasistereotip, ca o rugăciune sau ca un descântec, ca un joc anumit sau ca o invocaţie. Acestea sunt *ritualurile* care nu trebuiesc confundate cu ritualurile religioase, fiind însoţite nu de starea de extaz, ci de anxietate intensă, generată de conţinutul obsesivo-fobic al gândirii bolnavului.

Ritualurile obsesiv-compulsive

Ritualurile fără a fi stereotupii, sunt efectuate de bolnav într-o succesiune stereotipă ce se repetă de un număr de ori, are o semnificaţie care ţine de credinţa şi de convingerile bolnavului că efectuând aceste acţiuni se protejează pe el şi obiectul iubit, de moarte, ceea ce are ca efect descărcarea anxietăţii şi instalarea liniştii, fie că această linişte este relativă, de mai scurtă sau de mai lungă durată.

Ritualul îmbrăcării şi a toaletei face deasemenea parte din acţiunile compulsive, are o frecvenţă semnificativă în particular la femei şi constă din instalarea durabilă şi de neînfrânt a unei idei obsedante, compulsive care se adresează modului de a se îmbrăca şi de a-şi aranja toaleta, această acţiune putând ajunge ca durată chiar până la câteva ore pe zi, ceea ce evident că exasperează anturajul familial cu atât mai mult dacă pacienta (pacientul) impune acelaşi ritual de urmat şi pentru ceilalţi membri ai familiei.

În sensul celor de mai sus expunem în mod succint cazul unei paciente aflată sub observaţia noastră şi care prezenta tulburarea obsesiv-compulsivă sub forma ritualului expus mai sus. În cazul pacientei noastre, de ocupaţie casnică, dacă trebuia să meargă în oraş sau într-o vizită pregătirile pentru toaletă şi îmbrăcare durau cel puţin două ore. Astfel mai mult de o oră dura îmbrăcatul care se făcea totdeauna în aceeaşi ordine riguros stabilită. În primul rând îşi îmbrăca obiectele întime, apoi sutienul, ciorapii, bluza, fusta, lănţişorul de aur. În aceeaşi ordine şi după aceleaşi stereotipuri îşi aranja părul, sprâncenele, pudrarea feţei, rujatul buzelor, aranjarea cerceilor etc. Dacă se întâmpla cumva să inverseze ordinea unei singure operaţiuni se dezbrăca din nou, goală-goluţă şi relua totul de la început. La întoarcerea acasă relua în ordine inversă acelaşi ritual şi dacă greşea ordinea se îmbrăca din nou şi reîncepea dezbrăcarea după tipicul obişnuit şi acestea toate pentru a nu i se întâmpla pacientei sau celor apropiaţi ceva grav în cazul că nu execută corect ritualul, respectiv decesul cuiva apropiat.

Mai mult încă pacienta a impus inclusiv copiilor acelaşi ritual de îmbrăcare şi dezbrăcare.

Ritualul spălării şi a verificărilor este particular în cazul ablutomaniei ca expresie compulsivă pentru obsesiile fobice de contaminare iar cel al verificărilor fiind expresia compulsivă a obsesiilor ideative. Redăm în cele ce urmează cazul unei paciente care prezenta ablutomanie şi care consuma excesiv săpunul pentru a-şi linişti obsesia fobică de microbi şi care impusese acelaşi ritual al spălării şi soţului său. Din curiozitate pentru a vedea cât de intensă este manifestarea compulsivă ritualică a spălării, pacienta a fost întrebată dacă acelaşi ritual îl practică şi înaintea realizării actului sexual, precizându-ne că efectuează numeroase lavaje intime înainte de fiece relaţie intimă şi în plus că la acelaşi „tratament" este supus şi soţul său, operaţiune pe care acesta trebuia s-o repete de fiecare dată de 5-6 ori şi în prezenţa pacientei spre a verifica dacă totul se realizează în mod „corect". În cazul în care acest ritual nu era realizat de către soţ, şi aceasta în primul an al căsătoriei, pacienta intra în stare de panică, ceea ce împiedica realizarea actului intim. La întrebarea dacă soţul nu protestează, pacienta a răspuns simplu: „s-a obişnuit şi el cu ideea mea nebună pentru că altfel nu se poate!".

Cazul expus de noi mai sus ilustrează cât de intensă poate fi anxietatea şi cu câtă constrângere se realizează acţiunea compulsivă, precauţiunile pentru curăţenie şi verificările obsedante, uneori, toate, împinse până la limitele absurdului, la un ritual absurd.

Ritualul obsesiv - compulsiv propriu-zis constă aşa cum am văzut dintr-o serie de procedee ce se desfăşoară după un scenariu riguros stereotip şi care are ca scop mărturisit sau nu să atragă sau să respingă forţele oculte care intervin direct sau indirect în existenţa umană şi în manifestările sale ideale sau în actele sale cele mai diverse. În credinţele arhaice, "ordinea lumii depinde de ordinea ritualurilor care sunt respectate" (E. Renan), iar Mircea Eliade scria că "orice ritual are un model divin, un arhetip". În religiile primitive, ritualurile sub forma dansului magic semnificau o imitare a cosmogeniei şi a antropogeniei. Dansul ritual la tribul sudanez dogan, legat de muncile câmpului, se realizează după o serie de reguli precise, repetate stereotip: la fiecare pas, oamenii îşi saltă mână pe coada sapei, imitând mitul naşterii lumii din oul primordial, printr-o vibraţie în zig-zag. La Chinezi, dansul ritual al plantării orezului este realizat după un ciclu de gesturi cu desfăşurare absolut constantă: doi paşi scurţi înainte, unul înapoi, o aplecare, o mişcare de înfingere a răsadului în pământ, revenirea la poziţia verticală a corpului, după care urma efectuarea mişcărilor precedente. Insăşi actul medical în medicina arhaică se realiza după un anumit ritual şi încărcat de o întreagă gândire magică. V. Gordon Childe (1966) spunea că "un individ îndeplineşte un ritual magic deoarece crede în el şi nu pentru că e împins de curiozitate faţă de ceea ce se va putea petrece după aceea... Marea parte a ritualurilor religioase se bazează pe ideea unor divinităţi care trebuie constrânse sau înduplecate pe căi magice" (V. Gordon Childe - *Făurirea civilizaţiei* - Bucureşti, 1966, p.250). Ritualul era şi a rămas un mijloc de echilibru psihic în momentele de schimbare bruscă a existenţei umane individuale şi sociale, cum ar fi naşterea, moartea, căsătoria, calamităţile naturale şi sociale, catastrofele, victoriile, recoltarea, seceta, etc. Teama maladivă existenţială a generat pentru omul constrâns de mediul înconjurător ostil, de care depindea şi depinde hrana şi existenţa sa, să recurgă din cele mai vechi timpuri la cele mai diverse ritualuri. Această tranzacţie avantajoasă cu forţele magice oculte a cunoscut cele mai diverse şi uneori, inimaginabile forme de ritual. Astfel, în Egiptul antic, Africa Neagră, China, preoţii săvârşeau în temple acte sexuale rituale care imitau fecundarea pământului de către cer, fie actul arhetipal al creaţiei omului. În felul acesta, ritualul reconcilia temerile umane cu forţele oculte ale existenţei, ritualul exprimând în practică, concepţia mitică a relaţiilor cu lumea (aprud V. Kernbach - *Dictionaire de Mitologie generală* - Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1989, p.512-513). De remarcat că unele manifestări care amintesc ritualul au fost studiate de Konrad Lorenz la animale (peşti, insecte, unele specii de păsări, mamifere), ceea ce arată că în ritualurile magice, sacre sau laic-desacralizate, persistă elemente structurale biopsihice ancestrale de tip arhi- şi paleo-psihic, structuri arhetipale, care răbufnesc în straturile conştiinţei fie în cazul unor tradiţii (sărbători familiale, petreceri de anul nou, botezul, nunţile, jurământul, etc.), iar forme excesive de ritual cu regresia de tip magic-teocratic a unei conştiinţe impusă de totalitarism şi regresionată anxios, au fost înregistrate atât în Evul Mediu ca şi în practicile medievale ale unor regimuri totalitare contemporane.

Ritualul obsesiv generat individual traduce anxietatea constrângătoare deosebit de intensă, care realizează o stare dominant anxioasă, compulsivă, ce ajunge la un nivel regresiv cu structură predominant afectivă şi cu modalităţi de gândire mitice sau magic-religioase, cu cortegiul de fenomene primare arhi- şi paleopsihice, instinctivo-afective care deţin un loc dominant, uneori exclusiv, în etiopatogenia nevrozelor în general şi a nevrozei obsesivo-fobice în particular.

Ritualul obsesiv generat de fenomenele anxioase compulsive realizează, graţie automatismului psihologic cu structurile sale elementare de sensibilitate şi de conştiinţă regresivă, activităţi cu caracter de asediere incoercibilă şi cu structură ideo-afectivă de tip magic, în condiţiile în care în tabloul clinic se manifestă simultan obsesiile, fobiile, temerile şi indoielile obsedante. Ritualul obsesiv, în asemenea configuraţie clinică complexă obsesivo-fobică şi acţional compulsivă, ia de obicei forma exorcismului, ca modalitate de apărare şi de luptă contra-obsesională. Pentru a înlătura o nenorocire şi un extrem de grav pericol imaginar ca şi îndoiala obsedantă şi fobică totodată legată de acest pericol, pacientul recurgând la practici de conjurare în sensul unui exorcism mai mult sau mai puţin accentuat, evident sau nu, mărturisit sau nu, sub raportul existenţei unei eventuale demonopatii sau demonomanii, de obicei vag presupusă de către bolnavul obsesiv şi manifestă în psihozele delirante cu delir de posesiune.

Oricât ar părea de curios însă, practicile rituale de tipul exorcismului sunt cu mult mai frecvente decât le cunoaştem în clinica nevrozei obsesiv-compulsive. Practicile exorcismului (gr. exor-kismos = izgonirea demonilor) constau în ceremonii rituale acompaniate de rugăciuni pentru a alunga pe diavol din casă, din corpul unui posedat, dintr-un animal, sau pentru a se apăra de invadarea demonică. Cum s-a considerat timp îndelungat că bolile cele mai diverse se datoresc diavolului, fie că bolnavul obsesiv acceptă sau nu această concepţie, în ultimă instanţă va accepta, - la solicitarea anturajului sau împins de anxietatea sa compulsivă - în scopul vindecării - practicile magice, ca de exemplu rugăciunile, fumigaţiile rituale, rugăciunile pentru scoaterea dracului, tămâierea, dezbrăcarea odăjdiilor preoţeşti peste corpul bolnavului, etc.

De cele mai multe ori, în spatele unor asemenea exorcisme, se poate cel mai frecvent descoperi un delir demonomaniac sau un delir obsesiv şi, mai rar, o adevărată structură obsesivă de tip nevrotic cu păstrarea discernământului şi, chiar dacă structura gândirii are caracter mitic, magic sau religios, aceasta nu implică în mod obligatoriu alienarea de tip psihotic. În asemenea cazuri, chiar dacă mecanismele psihopatologice sunt stranii conştiinţei şi irepresibile voliţional, structura obsesivă se menţine, însă intensitatea practicilor rituale atrage atenţia asupra gravităţii procesului obsesional.

Ritualul obsesiv este ilustrat deasemenea de una din pacientele noastre pentru care îmbrăcatul şi dezbrăcatul hainelor era un adevărat chin, acţiuni rituale pe care dacă nu le realiza în ordinea riguros prestabilită

atunci urma declanşarea temerii obsedante că una din persoanele apropiate va deceda. Mai mult decât aşezarea hainelor până la lenjeria intimă, ele trebuiau împăturite şi aşezate totdeauna în aceeaşi ordine. Încheierea sau descheierea nasturilor de la haine trebuia făcută deasemenea, în ordinea dinainte stabilită. În cazul în care această ordine stereotipă este încălcată, bolnava se îmbrăca sau se dezbrăca de atâtea ori până când succesiunea actelor se realiza după ritualul prestabilit.

Un alt caz este reprezentat de un pacient, distins cadru didactic universitar, bolnav obsesiv în stările de decompensare obsesiv-compulsivă, se ruga repetând rugăciunea "Tatăl nostru" de atâtea ori până îi venea în minte gândul că va scăpa de anxietatea care îl domina şi de frica să nu se îmbolnăvească cineva din familie.

A. V. Snejnevski dă exemplu de ritual obsesiv realizat de unul din bolnavii săi, caz pe care-l rezuma astfel: "Un bolnav urmărit de temerea obsedantă a morţii apropiaţilor săi, întorcea de trei ori capul către ferestrele apartamentului său când ieşea din casă. Această mişcare trebuia să împiedice o nenorocire posibilă. Când el citea o carte, sărea paginile 9 şi 32, numere care corespundeau vârstei ficei şi soţiei sale, aceasta trebuind să le protejeze de moarte. Scrâşnirea obsedantă a dinţilor elimina un pericol ameninţător. Pentru ca eforturile sale să fie încununate de succes, el trebuia obligatoriu să găsească pe stradă un muc de ţigară şi să-l ţină în mână pe tot parcursul drumului: aceasta prevenea un eşec".

În cazul ritualurilor şi ceremoniile obsesive, bolnavii sunt intens tensionaţi afectiv atât înainte cât şi în cursul efectuării unei acţiuni oricât de nesemnificativă ar fi aceasta. Bolnavul resimte o intensă stare de constrângere să efectueze acţiunea şi ritualurilor obsesive, oricât de ridicole sau absurde ar fi acestea din urmă. În cazul în care declanşează lupta împotriva desfăşurării ritualului obsesiv, bolnavul poate să înceapă o altă acţiune pe care în mod obişnuit n-o finalizează, iniţiind o altă acţiune şi aşa mai departe, ceea ce duce la intensificarea tensiunii anxioase care-l constrânge să efectuieze actele de apărare cu caracter simbolic, de tipul ritualului sau ceremonialului, acţiuni în contradicţie cu conştiinţa superioară a pacientului şi cu nivelul său de integrare ideo-afectivă. Neexecutarea ritualului duce la acumularea şi intensificarea anxietăţii care determină o extremă tensionare intrapsihică dominantă care-l împiedică pe bolnav să gândească sau să facă orice altceva, în afara ideii obsedante chinuitoare. În cazul ritualului, dominanta afectivă sau mai corect, dominanta ideo-afectivă prezintă o inerţie, concentrare şi intensitate excesivă care nu numai că absoarbe celelalte structuri ideo-afective colaterale sau subdominante, dar le transformă, le metamorfozează conţinuturile şi semnificaţiile în sensurile imprimate de structura obsesională dominantă, investindu-le cu semnificaţii diverse calitativ, funcţie de nivelul regresional pe palierul căreia se realizează dominanta psiho-neuro-fiziologică. În acest sens, semnele, simbolurile, superstiţiile, ritualurile, ceremonialurile, exorcismele sunt modalităţi de manifestare obsesivo-compulsivă, diferite sub raport calitativ, nivel de realizare şi diferenţiate ca intensitate de manifestare clinică şi care merg de la starea de normalitate, în cazul superstiţiilor obişnuite, până la

ritualurile realizate cu practici de tipul exorcismului, ultimele traducând o patologie obsesivă rareori malignă sau subpsihotică ori manifestă delirant şi respectiv psihotică.

S. Freud atrăgea atenţia că ritualul obsesional s-ar constitui pentru bolnavul de nevroză obsesiv-compulsivă ca un fel de religie privată, care domină existenţa, şterge scenele umilitoare, repară sau neagă sentimentele agresive, protejează pe bolnav şi mai ales obiectul iubit de moarte, ritualul impunându-se ca o necesitate absolut imperativă fie că este vorba de ritualurile îmbrăcatului sau dezbrăcatului, de ritualul alimentar, al defecării, de ritualul sexual, etc. Prin aceste compartamente bolnavul cedează asaltului obsesiv-compulsiv pentru ca, prin realizarea acestor practici magice, să împiedice o nenorocire iminentă şi inevitabilă. Toate aceste practici diferenţiază conduita obsesivă de conduitele contrafobice. Când ritualurile devin frecvente şi îşi exercită influenţa lor tiranică asupra bolnavului, acestea ajung să-i paralizeze şi să-i pericliteze integrarea socio-profesională şi familială.

Bolnavii, constrânşi de obsesiile lor, împrumută din supersiţii modalităţile magice de apărare împotriva presiunilor obsesiv-compulsive anxiogene, viaţa obsedatului fiind dominată de ritualizarea existenţei. Împlinirea ritualului linişteşte pe bolnav, îi aduce uşurarea şi uneori satisfacţia liniştită a îndeplinirii sale care de multe ori în mod inconştient acoperă o existenţă umilă sau umilitoare. Neîmplinirea ritualului perturbă liniştea interioară, supratensionează anxiogen bolnavul care nerealizând ritualul nu-şi poate descărca agresivitatea ceea ce-i perturbă libertatea de a acţiona în consens cu sarcinile şi obligaţiile individuale şi cu normativitatea socială, şi aceasta pentru că emoţia, dacă nu se consumă, se va exprima sub forma unor presentimente grave sau sub forma presajului perturbând echilibrul psihic. În sensul celor expuse, H. Wallon, referindu-se la cele de mai sus, nota că: "Raportul mai mult sau mai puţin mistic între necesitatea unei reacţii sau practici şi un oarecare eveniment sau circumstanţă, pare a se baza mult pe emoţie. Fără îndoială, trebuie acordată o mare parte tradiţiei" (H. Wallon - *Les origines du caracter chez l'enfant* - PUF - Paris, 1970, p.99). În acest fel, sunt cunoscute superstiţiile împlinite obsesiv dacă o pisică neagră taie drumul, dacă se întâlneşte cu un preot învârte un nasture de la haină, dacă apare un gând rău se învârte în cerc, dacă se zbate ochiul se face semnul crucii pe ochiul unde apare blefarospasmul, dacă este surprins de anxietate scuipă în sân, dacă se gândeşte la diavol îşi face cruce cu limba, etc., toate acestea constituind, după o expresie fericită, "*ritualuri antinenorocire*" de sorginte tradiţională.

Conduita fobicului este constituită de *conduita de evitare* a obiectului sau situaţiei fobogene, *conduite de asigurare* (se asigură de prezenţa unor obiecte contrafobice: amulete, tubul cu medicamente, de prezenţa unei persoane investită cu calităţi magice protectoare etc.) şi în felul acesta înfruntă prin evitare situaţia fobogenă periculoasă. În cazul nevroticului obsesiv compulsiv *ritualul*, reprezintă ceea ce pentru fobic este conduita contrafobică. Ritualul obsesional are ca funcţie esenţială îndepărtarea angoasei, protecţia bolnavului şi în particular a obiectului iubit

de moarte, chiar dacă şi în cazul fobiei ca şi în obsesie există o investire. Deosebirea fundamentală pe planul comportamentului este *conduită contrafobică* în nevroza fobică şi *lupta* împotriva angoasei, a ideii obsedante sau împotriva actului compulsiv în nevroza obsesivă.

Oricare ar fi forma sub care se manifestă ritualul şi numărul de repetări stereotipe, sub care se realizează de fiecare dată, la acesta se adaugă totdeauna ceea ce clasicii psihiatriei denumeau cu termenul de "*clauză magică*", structura unui arhetip şi care constă în a-şi spune că "dacă nu fac aceasta, mi se va întâmpla o nenorocire sau o nenorocire o aşteaptă pe o persoană care îmi este dragă", şi de atunci începe "încă o dată şi încă o dată" (L. Michaux).

Ritualurile ce se repetă ca un comportament deosebit de rigid şi dominant se numesc *ceremonialuri* şi sunt întâlnite în nevrozele obsesivo-compulsive şi care pot face impresia că nevroza interferează graniţele psihozei. Comportamentul de tipul ceremonialului ţine de nevoia de ordine, simetrie şi de regularitate impus obsesiv ca măsură de apărare şi de atenuare a neputinţei şi umilinţei şi care oricât de ridicol ar apărea, trebuie efectuat pentru a realiza descărcarea anxioasă şi a realiza o oarecare linişte şi relaxare a bolnavului, ca modalitate de reparare şi negare a sentimentelor agresive. Atât ritualul cât şi ceremonialul, ca şi ritualurile ludice ţin de gândirea magică, mitică, religioasă, de superstiţii, credinţe, tradiţii etc. pe care bolnavul le realizează simbolic uneori de cele mai multe ori pe zi.

Alături de ritualuri şi ceremonialuri se înscriu şi *apărările cu caracter simbolic* împotriva unor nenorociri, purtarea unor obiecte, amulete etc., de care aminteam mai sus şi în prezenţa cărora se simt liniştiţi. După S. Freud, Mayer-Gross, Petrilowitsch ş. a., bolnavii de nevroză obsesivo-fobică sunt supersiţioşi, cu o gândire aşa cum am văzut mai sus înclinată spre investiri magic-animiste pentru lumea înconjurătoare, având în subsolurile gândirii o mentalitate primitivă, chiar dacă ei au eventual o dotare intelectuală de excepţie şi o instrucţie pe aceeaşi măsură.

Trăsăturile clinice particulare obsesiilor

Pentru obsesii sunt particulare următoarele atribute: a) survin în mod obişnuit la persoanele predispuse, în general susceptibile de a recepţiona fenomenul obsesiv; b) se însoţesc de stări emoţionale anxioase sau angoasante, anxietatea nesupusă şi ireprimabilă constituind trăsătura necesară a obsesiilor, putând alimenta stări depresive; c) sunt conştiente şi în dezacord cu conştiinţa, bolnavul apreciind critic obsesia ca un corp străin conştiinţei ca şi modificările ce le determină asupra caracterului, afectivităţii şi felului de a fi; d) obsesiile sunt involuntare şi incoercibile, adică, bolnavul nu le poate face să apară după voinţa sa şi dacă acestea apar, nu le poate îndepărta, cu toate eforturile de chinuitoare voinţă pe care le mobilizează în acest sens; e) simultan, în structura obsesiilor coexistă repulsia şi dorinţa, tendinţa primară către impulsul de a realiza actul compulsiv pe care-l trăieşte anxios cu repulsia de a-l realiza, aceasta

apărând ca element dominant în cazul nevrozei obsesive; se însoţesc şi se impun eului prin concomitenţe anxioase, pulsionale puternice şi prin tulburări importante vegetative; paloare, sudori reci ale extremităţilor şi ale faciesului, senzaţie de angoasă cardiacă, insomnie etc.; f) obsesiile nu alterează mecanismele generale ale inteligenţei, în sensul că asociaţiile de idei, memoria, judecata, rămân intacte. Obsedatul, cu toată perturbarea pe care i-o aduce oboseala, este obişnuit un om inteligent, serios şi cu spirit critic, păstrând şi analizând cu o penetraţie particulară perturbarea interioară ideo-afectivă care-l nelinişteşte. În plus, are conştiinţa clară,precisă a dedublării personalităţii sale, recunoscând uneori (în cazurile grave) că parcă ar exista în psihicul său concomitent două euri: unul anormal, mai puţin raţional, cu preocupări şi desfăşurări automatice incoercibile, altul sănătos ce luptă necontenit împotriva primului eu şi a tendinţelor sale morbide. Ideiile obsedante irup în câmpul conştiinţei, se impun conştiinţei subiectului care se simte dominat, asediat de acestea, luptă angoasant împotriva lor prin acţiuni sau ritualuri obsesive, de exemplu, pentru a le înlătura, având totodată conştiinţa caracterului morbid al conţinutului obsesional în raport cu conţinutul funcţional normal al vieţii sale psihice. Prin aceasta obsesia se diferenţiază de fobie, în care, pentru declanşarea sa cât şi a angoasei este necesară prezenţa obiectului; în fobie se dezvoltă atitudinea de evitare, în timp ce în obsesie cea de luptă iar angoasa în obsesie apare nu în prezenţa obiectului ca în fobie, ci în situaţia simplă a reprezentărilor mentale. Obsesia se va deosebi de reprezentările dominante în prezenţa unei situaţii reale, de exemplu, susţinerea unui examen. Obsesia se deosebeşte, de asemenea, de compulsie prin aceea că în cazul compulsiei este vorba de tipuri de conduite la care subiectul este constrâns interior a le realiza, luptând angoasant şi recunoscând conştient caracterul morbid al acesteia, în timp ce în obsesie se impune o idee şi nu o conduită sau un comportament.

De asemenea, compulsia se deosebeşte de impulsie prin aceea că impulsia se realizează într-un context emoţional fără control, în care este absentă constrângerea şi lupta anxioasă, aşa cum se observă în obsesii. Aşa cum observă K. Schneider, criteriile referitoare la obsesie ca fapt străin eului şi totodată sunt inoperante, deoarece se aplică şi fenomenelor ce nu sunt clar obsesionale. Pe de altă parte, orice obsesie are caracterul „eului", este „subiectivă" şi prin conţinutul său nu este străină eului, decât în măsura în care îl tulbură prin persistenţa sa şi prin judecăţile care li se ataşează. Obsesiile vin din interior în timp ce experienţele schizofrenice legate de delirul de influenţă xenopatică este considerat ca fiind inspirat din exterior. Obsesia nu constituie din punct de vedere clinic un semn de psihoză, dar procesele obsesionale pot avea semnificaţie psihotică în debutul schizofreniei sau al psihozei maniaco-depresive. Fenomenele obsesionale de mică intensitate pot surveni şi la subiecţii normali în stare de oboseală, epuizare, febră. De la aceste stări până la procesele obsesionale există o mare diversitate de forme de tranziţie, în care contextul clinic şi prezenţa sau absenţa discernământului tranşează diagnosticul. *Obsesia figurativă* (senzitivă), are calităţi senzoriale vii şi se însoţesc de o intensă participare

afectivă neplăcută, anxioasă, imperativă, de stare ruminativă, nevrotică, similară reacţiilor compulsive care constă într-o preocupare morbidă şi continuă, în legătură cu unele reprezentări sau idei, uneori cu caracter contrastant sau chiar triviale, care chinuie bolnavul, centrându-l dominant ideo-afectiv pe conţinutul ruminativ nesfârşit chinuitor, anxios, depresiv, fără însă a se ajunge la realizarea unor acte compulsive. *Obsesii ideative* sau intoxicaţia cu o idee sau „meditarea bolnăvicioasă" constituie forma clinică a obsesiei constituită predominant dintr-o idee irepresibilă, angoasantă şi alarmantă care-l chinuie pe bolnav. L. Michaux precizează, referindu-se la obsesiile ideative: „Această intoxicare printr-o idee", această „manie mintală" (P. Janet) naşte dintr-o interogare, dintr-o îndoială asupra lumii, religiei sau asupra oricărei alte probleme ce poate preocupa gândirea şi conştiinţa umană şi se exprimă, din punct de vedere clinic, prin interogări obsesive (nebunia îndoielii): folia lui de ce, a scrupulului, a îndoielii, a perfecţiunii; folia de contact cu problemele sale privind curăţenia; mania compensaţiei, a expiaţiei, a conjuraţiilor, onomatomania şi aritmomania (Magnan), cu compulsiunea de a învăţa şi repeta nume şi cifre şi de a calcula: *perhaps neurosis* (Stekel) „... dacă am făcut aceasta în locul aceleia, poate că mai bine ca acest lucru să nu se întâmple", tot felul de simptome bipolare, contrastante în care caz, unde vine o idee sau orice fel de acţiune, acestea sunt urmate imediat de ideea şi acţiunea opusă (a deschide şi a închide) etc. *Obsesii fobice*, sunt fobii care-şi pierd obiectivitatea şi trec din starea de fobie simplă în obsesie fobică, angoasantă, deoarece este suficient să apară ideea despre obiectul, actul sau situaţia fobică privind viaţa organică, de relaţie sau genezică, pentru a se impune conştiinţei ca o obsesie. Devin obsesii fobice forma pantofobică (panfobică), iar dintre toate fobiile devin obsesionale îndeosebi ereutofobia (Casper, 1846) şi delirul de contact (Esquirol, 1838) cu precauţiile sale multiple şi atât de cunoscute, precum şi nosofobia, agorafobia, claustrofobia, talasofobia. *Obsesiile impulsive*, după Pitres şi Régis (1902) „... nu sunt nimic altceva decât ideea obsedantă de a realiza un act oarecare indiferent sau criminal. Această idee survine în minte pe neaşteptate, irezistibil, ca toate celelalte idei obsedante; ea se ridică în faţa conştiinţei care o apreciază, o judecă şi, cel mai adesea, o înlătură, după o luptă mai mult sau mai puţin anxioasă; dar ea nu oprimă voinţa şi nu ajunge în mod necesar la executarea imediată a actului care formează obiectul obsesiei". Impulsiile obsedante pot fi primare sau secundare. Cele de mai sus sunt primare. Impulsiile obsedante secundare se referă la acele obsesii de microbi etc. de care bolnavul nu poate scăpa şi atunci recurge, de exemplu, la nevoia de a se spăla continuu (ablutomania). În cazul impulsiilor obsesionale, trăirea angoasantă şi lupta se realizează cu apariţia acesteaia în câmpul conştiinţei şi nu după săvârşirea ei şi, în plus, toate acestea se realizează la nivelul aceloraşi „straturi" psihice şi nu pe seama altor nivele. Se realizează după exemplul „eului moral" care poate reprima excitaţia pulsională în momentul când apare (K. Schneider). Diferenţa între impulsiile primare şi secundare obsesive şi dintre acestea şi alte impulsii irezistibile se face în funcţie de intensitatea lor şi de nucleul psihopatologic

de ansamblu în care acestea se manifestă, oricât de întins ar fi halo-ul acestui nucleu.

Obsesiile, dacă sintetizăm, au prin urmare următoarele trăsături psihopatologice particulare:

1) Bolnavul este conştient şi apreciază critic că fenomenul obsesiv aparţine propriei persoane, propriului eu, şi-l recunoaşte caracterul insolit, ca un parazit, ca un corp străin apărut în conştiinţa sa şi împotriva voinţei sale şi că deci are caracterul „eului" chiar şi în cazul obsesiilor ipohondriace sau metafizice care raţional nu par absurde;

2) Obsesiile au caracter involuntar, parazitar şi incoercibil, bolnavul nu le poate provoca după voinţă sa iar din momentul în care au apărut, brusc, au trăsături repetitive şi cu toate eforturile prin luptă şi voinţă anxioasă nu le poate îndepărta ele fiind stranii prin absurditatea sau prin peristenţa lor tulburătoare;

3) Obsesiile nu rămân ca o enclavă izolată în ansambluu sistemului psihic, ci dimpotrivă, invadează conflictual toate structurile psihice şi le impregnează cu stări încordate, irezistibile şi indisocialbile de angoasă sau anxietate, ceea ce explică lupta interioară, chinuitoare, ezitarea, îndoiala, nesiguranţa, neîncrederea, sentimentul de incompletitudine în gândire şi acţiuni;

4) În structura obsesiilor coexistă simultan în discordanţă cu gândirea normală repulsia şi dorinţa, tendinţa primară impulsivă de a realiza un act compulsiv pentru care bolnavul devine anxios şi totodată repulsia şi lupta împotriva realizării sale, această din urmă trăsătură apărând ca particularitate dominantă ce deosebeşte ideia dominantă sau ideia fixă de ideile din nevroza obsesivo-fobică;

5) Obsesia, deşi invadează conştiinţa şi întregul sistem psihic, funcţiile de cunoaştere rămân relativ intacte deşi conflictuale iar discernământul asupra propriei persoane şi interrelaţiilor sociale rămâne deasemenea intact;

6) Obsesiile fiind însoţite de angoasă şi anxietate intense, irepresibile şi de nesupus, pot ajunge uneori la stări de afect sau panică, determinând episodic, şi paroxistic îngustarea câmpului conştiinţei, fără ca discernământul să fie manifest perturbat, bolnavul apreciind mai mult sau mai puţin critic influenţa negativă a acestora asupra manifestărilor negative pasagere caracteriale, comportamentale sau ideo-afective;

7) Obsesiile au evoluţie periodică, repetitivă, remitentă sau intermitentă, ceea ce le apropie de stările obsesive fiziologice (surmenaj, sarcină etc.) şi le deosebeşte de cele patologice psihotice, delirante schizofrenice, care au caracter cronic şi nu aparţin Eului;

8) Fiind însoţite de angoasă şi anxietate, obsesiile prezintă simultan tulburări vegetative de tip simpaticotonic, vagotonic sau amfotonic cu predominanţă, intensitate şi durată variabile;

9) Obsesiile adevărate apar pe un teren constituţional fragil sau ca dezvoltări patologice în condiţii negative de viaţă şi pot fi grevate de îndoială şi de gândire magică;

10) Posedând caracter predominant endogen şi fiind expresia perturbării bio-psihice ce irupe în câmpul conştiinţei, la persoanele fragile, vulnerabile, obsesiile apar cel mai frecvent după elaborarea conştiinţei de sine, respectiv la copil şi la pubertate ca şi în perioadele critice de viaţă;

11) Obsesiile conservă pentru acelaşi subiect trăsături psihopatologice relativ constante, stabile, chiar şi în cazul unor decompensări paroxistice bolnavul luptând împotriva lor şi temându-se să nu le piardă. Structurându-se ca nevroză obsesivo-fobică, în genere aceasta nu se transformă în alte entităţi nosologice (cu excepţia cazurilor de psihopatizare) chiar dacă obsesiile se pot complica cu fenomene fobice, depresive, ipohondriace etc. după cum obsesiile pot proveni din fobii prin fenomenul de obsesionalizare a fobiilor;

12) Stările obsesive intense, maligne, care apar la adolescenţă, la adultul tânăr sau la persoanele în vârstă, obişnuit pot reprezinta simptomatologia de faţadă a debutului unei stări psihotice: îndeosebi schizofrenie, foarte rar melancolie, manie, şi în epilepsie etc., în care caz dispare lupta conştientă împotriva fenomenului morbid, delirul obsesiv, când apare, fiind caracterizat prin absenţa discernământului;

13) Deşi determină fenomenul de depersonalizare nevrotică, în acest caz obsesiile nu se pot asimila delirului xenopatic şi respectiv disociaţiei personalităţii de tip schizofrenic;

14) Obsesiile impulsive comportă elemente din seria psihopatiei. Atât timp cât obsesia impulsivă are caracter egofob şi se menţine simultan trăirea şi lupta împotriva tendinţelor impulsive, acestea vor atesta nevroza obsesivo-fobică. În momentul în care obsesiile impulsive sunt dominate de egofilie şi de trăsăturile particulare dizarmonice, cu diminuarea până la ştergerea sentimentelor moral-sociale, malignitate şi incapacitate de frânare a tendinţelor pulsionale, instinctiv-emoţionale, obsesiile impulsive vor fi încadrate în structura personalităţilor psihopatice sau psihopatoide şi vor fi considerate în cadrul impulsiunilor patologice aberante sau alienante;

15) Obsesiile intră în structura prodroamelor, aurei sau crizei epileptice, îndeosebi în epilepsia temporală. În acest caz obsesia survine şi dispare critic, spre deosebire de obsesiile adevărate care în decompensările paroxistice, criza obsedantă are caracterul unei veritabile „compulsii mintale";

16) Obsesiile adevărate nu evoluează spre demenţă, cu excepţia fenomenelor pseudo-obsesive particulare psihosindroamele organice cu evoluţie progredientă;

17) Deşi se caracterizează prin intruziunea patologică lancinantă a unei structuri ideo-afective dominante, obsesia nu se poate confunda cu ideea prevalentă (Wernicke) care stăpâneşte dominant personalitatea, absoarbe ca un vacuum toate celelalte idei colaterale şi le predomină, iar personalitatea se identifică cu ideea prevalentă şi nu luptă împotriva sa ca în cazul obsesiei. Ca şi în obsesii, ideea prevalentă nu perturbă procesele de cunoaştere, ci apare mai curând ca o gândire direcţionată unilateral afectognozic. În caz că i se demonstrază subiectului eroarea eventuală a ideii prevalente, spre deosebire de obsesie, el o poate corija;

18) Ideiile obsedante nu se confundă cu dominantele afectognozice legate de ideea fixă şi tendinţa de a realiza ceva şi în care participarea şi adeziunea conştient-volitivă ce caracterizează aceste fenomene afective;

19) Obsesiile nu se asimilează ideilor pseudoobsedante, realizabile sau nu în care, de asemenea, nu se constată lupta şi caracterul intruziv particular procesualităţii obsesive, pseudoobsesia prin ea însăşi implicând reprezentarea mintală se poate transforma în halucinaţie sau în delir împotriva cărora nu mai apare lupta interioară;

20) Obsesiile adevărate care pot apare şi sub formă de amintiri le vom deosebi de amintirile obsedante pasagere care privesc o melodie, unele fapte de viaţă plăcute sau neplăcute, şi cu atât mai mult dacă acestea survin în condiţii de oboseală sau după o tensionare psihică particulară. De menţionat totuşi ca „omul are mai multă încredere în organele sale de simţ şi în perceperea directă decât în memorie" (Gurevici-Sereiski); psihastenicii nu au siguranţă în memoria lor şi de aici nevoia de a analiza clinic *amintirile obsedante* din punctul de vedere al intensităţii, duratei, semnificaţiei şi atitudinii bolnavului faţă de acestea;

21) Ideile obsesive pot lua forma avalanşei de idei întâmplătoare denumită *mentism*, care apare împotriva voinţei bolnavului şi pe care n-o poate controla şi dirija dar luptă împotriva acesteia. Mentismul mai apare în manie sindromul Kandinski-Clérambault, în schizofrenie, parafrenie, psihosindroame organice cerebrale etc. Mentismul, ca manifestare pseudoobsesivă, cu caracter involuntar, dar psihotic se desfăşoară cu ritm rapid, are caracter variabil, caleidoscopic bolnavul nu luptă împotriva sa şi se remite cu mare dificultate sub tratament;

22). Obsesiile adevărate se vor deosebi de stările obsesive care pot însoţi simptomatologic celelalte forme clinice ale nevrozelor (anxioasă, fobică, ipohondriacă, cenestopatică, depresivă) precum şi de aceleaşi stări care apar la persoanele tinere, timide, timorate, la constituţiile emotive (Dupré), în stările de excitaţie, oboseală, surmenaj, scădere a tonusului afectiv sau la debutul unor psihoze;

23). Obsesiile adevărate se deosebesc inclusiv de delirul obsesiv în care, alături de neoproducţia psihopatologică se constată inclusiv absenţa discernământul asupra propriei persoane şi interrelaţiilor sociale;

24. În domeniul acţiunii, obsesiile se manifestă prin *fenomenele compulsive* care reprezintă în planul conduitei echivalentul ideii obsesive pe plan mintal. Prin urmare *obsesia are simultan şi indisociabil componente afective* (anxietate sau angoasă), *elemente intelectivo-gnozice* (intuiţii, reprezentări, imagini, amintiri etc.) şi în acelaşi timp fenomene de *conduită compulsivă*. Cu alte cuvinte *obsesia realizează o structură psihopatologică particulară cu componente simultane şi indisociabile ideativ-obsesive, afective (anxioase, angoase) şi acţional-compulsive*;

25. Ca modalitate de organizare şi de dinamică evolutivă structura complexă obsesiv-compulsivă poate proveni din obsesionalizarea fobiilor sau se poate asocia cu fobiile, constituind o entitate nozologică particulară - nevroza obsesivo-fobică, controversată în plan doctrinal, reală în plan clinic real;

26. Emoţia intensă, anxietatea sau angoasa şi mai rar atacurile de panică în mod obişnuit preced apariţia ideilor obsesive;

27. În raport cu ideea obsesivă bolnavul în cele mai multe cazuri desfăşoară lupta împotriva intruziunii obsedante, îi recunoaşte caracterul maladiv şi insolit, dar această conştientizare, îndeosebi atunci când obsesia este deosebit de intensă „nu este absolută pe toată durata accesului" (Chaslin) şi luptând împotriva acestei idei obsedante căreia îi recunoaşte caracterul străin şi straniu şi respingând-o ca atare totuşi pentru un timp scurt o admite ca atare. De aici îndoiala şi justificarea îndoielii obsedante care atestă adoptarea pasageră a acesteia. De aici dificultăţile diagnosticului diferenţial cu delirul obsesiv;

28. Actele compulsive, ticurile, ritualurile care au o durată şi repetare neobişnuită în timp, pot fi confundate cu stereotipiile motrice sau verbale întâlnite mai ales în schizofrenie, în acest din urmă caz ele manifestându-se în ansamblul sindromatic particular psihozei discordante;

29. Se subliniază caracterul activ de luptă împotriva obsesiei însă sunt cazuri în care nu elementul excitator psihic domină ci dimpotrivă, în raport de starea substratului morfo-funcţional cerebral şi de intensitatea fenomenului obsesiv, poate surveni instalarea inhibiţiei, acea „abulie sistematizată", când pacientul rămâne „blocat" cu „capul vid", după cum există de asemenea cazuri paradoxale de *isteriozis obsesionale*;

30. Oscilaţiile funcţiilor energetice psihologice în nevroza obsesiv-compulsivă determină procesul inhibitor aşa cum se observă în ruminaţia mintală şi când are loc o cădere a voinţei pacientului, o adevărată catalepsie voliţională instalându-se în aceste condiţii.

Epidemiologia tulburărilor obsesiv-compulsive

Se apreciază în mod obişnuit că nevroza obsesiv-compulsivă este rară. A. Black (1974) constată că incidenţa nevrozei obsesive în rândul pacienţilor ce se internează în spitalele de psihiatrie oscilează între 0,1 - 4,6 %. Un alt autor, J. J. Schwab (1979) apreciază că simptomele minore obsesionale în rândul populaţiei normale americane este de 14% în timp ce prevalenţa nevrozei obsesiv-compulsive este de 0,05% distribuţia între bărbaţi şi femei fiind egală.

Un studiu ECA (Epidemiologic Catchment Area) a evidenţiat că 1,5% din populaţia SUA (deci peste 3 milioane de persoane) prezintă simptomele nevrozei obsesiv-compulsive pe o perioadă de şase luni şi 2,5 - 3 % au fost diagnosticaţi ca obsesivi compulsivi pe tot parcursul vieţii. Deasemenea s-a evidenţiat că 1/3 din cazuri boala începe în jurul vârstei de 15 ani. Studiul ECA a demonstrat deasemenea că raportul femei-bărbăţi este de 3:2, această rată nefiind influenţată de nivelul de educaţie sau de rasă.

F. Woodruff şi F. Pitts (1963) evaluează frecvenţa tulburărilor obsesive în populaţia generală ca având o frecvenţă de 0,5%, în timp ce W Lo (1967) pe o populaţie clinică raportează un indice de 0,1% şi 4,6%.

Marks (1979) apreciază în SUA şi Marea Britanie că proporţia de nevroze obsesive este de 1% până la peste 2%, în timp ce Blacker şi Gare (1955) oferă o proporţie de 2-9% iar Ross şi Rice (1945) găsesc o incidenţă cu mult mai scăzută, de 0,3% - 0,6%.

Revenind la datele comunicate de A. Black (1974) pe un număr de 11 studii efectuate între 1964-1974, rezultă că din totalul bolnavilor psihici, au fost diagnosticaţi cu nevroză obsesiv-compulsivă 0,3% şi 0,6%. Autorul notează că obsesivii constituie 2%, iar din ansamblul bolnavilor nevrotici, obsesivii ar reprezenta 3,5% - 4,5% (aprud. R. Ladouceur şi C. Carrier).

În ceea ce ne priveşte, pe baza unei experienţe personale de peste 10 ani privind studiile ecologo-epidemiologice pe care le-am condus, privind incidenţa bolilor psihice în municipiul Iaşi, în cadrul staţiei-pilot OMS pentru studiul bolilor psihice, considerăm că studiile epidemiologice necesită a fi considerate şi mai ales interpretate cu maximum de prudenţă, iar valoarea lor adoptată doar ca un indicator general - orientativ. Aceste rezerve se impun cu atât mai mult când este vorba de studiile retrospective în care caz criteriile diagnostice vor fi diferite de la un medic la altul, de la o perioadă la alta şi evident de la un studiu la altul. Pe de altă parte studiile efectuate pe populaţia generală au şi ele aceeaşi valoare relativă deoarece se cunosc suficient de mulţi bolnavi obsesivi care disimulează afecţiunea, iar pe de altă parte s-au evidenţiat cazuri care s-au prezentat la medic după o perioadă de 10-15 ani de la debutul bolii.

Tot în aceeaşi ordine de idei amintim că valabilitatea unor studii ecologo-epidemiologice privind incidenţa bolilor psihice inclusiv a nevrozelor şi respectiv a nevrozei obsesiv-compulsive depinde de nivelul de dezvoltare a reţelei de asistenţă psihiatrică. În acest sens se poate afirma că acolo unde nu este medic psihiatru nu este evidenţiată boala psihică, iar acolo unde acţionează în cadrul asistenţei psihiatrice şi medici şi psihologi şi psihoterapeuţi etc. etc., cu atât mai mare va fi rata tulburărilor psihice şi respectiv a nevrozei obsesiv-compulsive, fenomen care se reflectă de altfel în cifrele atât de îndepărtate unele de altele menţionate mai sus. De altfel cele mai credibile greşeli sunt cele exprimate prin cifre şi aceasta nu numai în cazul bolilor psihice. Inclusiv afirmaţia noastră este relativă, deoarece şi în domeniul epidemiologiei există cercetări de o probitate excepţională şi cercetări efectuate cu o acurateţe obsesională, studii care merită toată stima şi atenţia cuvenită. Aceste studii sunt un fel de *rara avis* care conferă strălucire şi frumuseţe ştiinţei, oricum s-ar denumi domeniul ei concret de preocupare.

J. L. Rapoport (1988) studiază *simptomele majore obsesive şi compulsive la pacienţii formaţi din copii şi adolescenţi* pe care le sintetizează în tabelul de mai jos:

Simptome majore prezente	Raportul la % al simptomelor la interviul iniţial
Obsesii:	
- Îngrijorare sau dezgust faţă de eliminările sau secreţiile corporale (urină, scaun, salivă), murdărie, germeni, toxine din mediul înconjurător.	43
- Frică de ceva teribil iminent (foc, moarte/boală a cuiva drag, a lui personal sau a altora).	24
- Grija sau necesitate de simetrie, ordine sau exactitate.	17
- Scrupulozitate (rugăciuni excesive sau grijă religioasă pentru îngrijirea mediului pacientului).	13
- Numere norocoase/fatidice.	18
- Gânduri sexuale, imagini sau impulsuri interzise sau perverse.	14
- Sunete, cuvinte sau muzică intruzive şi fără sens.	11
Compulsii:	
- Excesivă sau ritualizată spălare a mâinilor, duşuri, baie, spălarea dinţilor sau pieptănare.	85
- Ritualuri repetate (intrare/ieşire pe uşă, aşezare/ridicare de pe scaun etc.).	51
- Verificarea uşilor, yalelor, sobelor, dispozitivelor, frânelor de la maşină etc.	46
- Curăţirea sau alte ritualuri de evitare a contactului cu contaminaţii.	23
- Atingerea.	20
- Ordonare/aranjare.	17
- Măsuri de prevenire a răului personal sau al altora (agăţarea hainelor ca modalitate de asigurare).	16
- Numărarea.	18
- Adunare/colecţionare.	11
- Ritualuri diferite (lingere, scuipare, mod special de îmbrăcare).	26

Aprud: J. L. Rapoport - *Journal of the American Medical Association, 1988, 260, 2888-2890.*

Un alt studiu efectuat de D. W. Goodwin şi colab. (1969) reuneşte 13 studii privind simptomele cardinale din nevroza obsesiv-compulsivă şi care sunt rezumate în tabelul care urmează:

Frecvenţa fenomenelor obsesiv-compulsive

Idei obsesionale	%	Ritualuri compulsive	%
- Frică de contaminare	55	Ritualuri de verificare	80
- Frică de comportamente agresive	50	Ritual de curăţire	57
- Obsesii sexuale	32	Ritual de numărare	21
- Obsesii multiple	59	Ritualuri multiple	41

Aprud: R. A. Rasmussen, M. T. Tsuang - *American Journal of Psychiatry, 1986, 143, 317.*

Studiile pe familiile bolnavilor cu nevroză obsesiv-compulsivă sunt rare şi destul de inconsistente. Totuşi se pare că ar fi o uşoară creştere a frecvenţei la rudele de gradul întâi cu tulburări depresive, dar nu un exces la rudele cu stări anxioase sau obsesiv-compulsive. F. Brown (1942) a evidenţiat o rată a tulburărilor obsesiv-compulsive de 6,9% la rudele de gradul întâi. Nu s-au realizat studii sistematice pe gemeni monozigoţi pentru a se afirma cu un oarecare grad de certitudine unele concluzii mai clare.

O posibilă etiopatogenie a nevrozei obsesiv-compulsive

Nevroza obsesiv-compulsivă, cu configurările sale simptomatice atât de diverse, de complexe şi uneori atât de surprinzătoare în manifestările lor indisociabile afective, ideative şi acţionale, toate precedate şi dominate de perturbări de diverse grade ale emoţiilor şi în genere a afectivităţii de tip primar (şi respectiv de natură arhi şi paleopsihică), cu rezonanţe negative secundare în structurile ideo-afective superioare, pune cele mai delicate probleme de etiologie ca şi de elaborare abnormă a mecanismelor psihopatogenetice la rândul lor de o complexitate uluitoare, cu influenţe emergentive şi imergentive simultan infra şi supra-structural funcţionale, moştenite şi dobândite, toate totodată aflate în conexiune şi interdeterminare indisociabilă bio-psiho-socială pe coordonatele sincrono-diacronice ale personalităţii.

Din punct de vedere biologic se poate prezuma că în geneza tulburărilor obsesiv-compulsive, intervine în opinia noastră ca factor predominant ereditatea (chiar dacă studiile în acest sens sunt contradictorii, neconcludente şi insuficiente), cu mod de transmitere cel mai probabil de tip poligenic, la care se adaugă în mod indisociabil şi ireductibil, influenţele negative exogene şi în mod particular factorii de mediu psihosocial. Acestea toate cauze presupun în mod evident o sensibilizare sau o vulnerabilitate particulară a substratului morfo-funcţional dinamic cerebral şi în mod particular a structurilor cerebrale primare de care ţin reglările biopsihice (arhi şi paleopsihice), respectiv reglările afective primare, vegetative, endocrine şi umoral metabolice, care în condiţii negative de mediu psihosocial vor influenţa reactivitatea emoţională direct sau indirect, în largi conexiuni de biofeedback şi biofeedbefore (senzitiv, senzorial, vegetativ, emoţional, ideativ) anticipativ sau retroactiv, pozitiv sau negativ, cu acţiuni facilitatorii sau inhibitorii, în condiţii de stres minim sau intens, de scurtă sau de lungă durată etc. ceea ce va determina organizări reactive dominante şi subdominante, cu nivelul de integrare subconştientă sau inconştientă şi cu motivaţii individuale pe cât de diverse tot pe atât de complexe.

Faptul că nevroza obsesiv-compulsivă debutează în adolescenţă atestă vulnerabilitatea substratului morfo-funcţional cerebral, facilitate accentuată de criza biologică, psihologică şi socială pe care o implică criza pubertară. Este cunoscută din patologia psihiatrică constatarea că bolile cu determinism genetic, constituţional, cu vulnerabilitate predominant endogenă au în majoritatea cazurilor un debut precoce. Din acest punct de vedere debutul nevrozei obsesiv-compulsive are câteva vârfuri care corespund unor perioade din viaţă cu o mai mare tendinţă la decompensări ale unor structuri morfofuncţionale cerebrale fragile sau vulnerabile. Aceste vârste de debut se situează la vârsta de 15 ani, 23-24 ani, 30-35 ani şi 40-45 ani. Majoritatea cazurilor de nevroză obsesivo-fobică debutează până la vârsta de 20-24 ani, mai rar la vârsta de 30-35 ani, adică aproximativ în aceleaşi perioade de vârstă în care se menifestă pentru prima dată bolile psihice cu determinism genetic probabil poligenic cum sunt melancolia,

mania, schizofrenia, boli în care pot apare, pe plan secundar, inclusiv manifestări obsesiv-compulsive.

Ceea ce ni se pare deasemenea interesant este constatarea că pacienţii suferind de nevroză obsesiv-compulsivă, în opinia lui E. Kraepelin (1921), au un nivel superior de inteligenţă, iar Slater studiind un număr de 25 obsesivi cu un număr identic de pacienţi prezentând nevroză isterică, anxioasă sau alte tipuri de nevroză, consemnează că pacienţii obsesionali au obţinut performanţe semnificativ superioare, iar la cele trei grupe nu s-au constatat diferenţe notabile între ele. Chiar dacă nivelul superior de inteligenţă a obsesivilor nu ar prezenta aparent o evidentă valoare teoretică sau practică aşa cum se exprimă Eysenck (1967) totuşi *constatările de mai sus demonstrează, indirect, după opinia noastră, o dezvoltare optimală a structurilor noogenetice ce ţine predominant de formaţiunile neocorticale, iar perturbările emoţionale predominant primare din nevroza obsesivă îndreaptă atenţia către structurile morfo-funcţionale cerebrale în relaţie cu procesele afective (instincte, emoţii, afecte) dimpreună cu corelaţiile lor indisociabile, vegetative, endocrine, umoral-metabolice (inclusiv mediatori chimici), până la nivel molecular şi submolecular, fără a neglija faptul că activitatea psihică implică în mod necesar relaţii optimale funcţionale cortico-subcorticale cu activările emergentive şi imergentive dominante, negative şi pozitive.*

Argumente ce vin din observaţiile psihiatrice ale bolilor organice cerebrale arată că pe lângă semnele de suferinţă focală intracerebrală, asociază uneori simptome clasice obsesional-compulsive. Semnalăm ca trăsătură clinică particulară pentru manifestările obsesionale din suferinţele intracerebrale, că boala organică cerebrală începe de obicei cu tulburări motorii, sub forma unor stereotipii care cel mai adesea preced ideile obsesionale-compulsive.

Se ştie deasemenea că *encefalitele*, şi în mod particular *encefalita epidemică* din deceniul al treilea al secolului nostru, au evidenţiat, mai ales în stadiile tardive, manifestări obsesive sau ticuri obsesionale, pe care cei mai mulţi clinicieni le pun în raport de cauzalitate cu leziunile palido-striate şi ale sistemului extrapiramidal. Crizele oculogire din encefalita epidemică se însoţeau deasemenea de fenomene compulsive.

În encefalita descrisă de von Economo stările de dezinhibiţie instinctiv-emoţională, fenomenele impulsive etc., se acompaniau de o simptomatologie de tip obsesiv.

În cazurile de mai sus era evidentă clinic şi anatomopatologic implicarea formaţiunilor sistemului extrapiramidal de o parte, iar pe de altă parte manifestarea obsesiv-compulsivă atingea maximum de intensitate în cursul crizelor oculogire, fapt care atrage atenţia asupra implicării interfuncţionale patologice a cortexului prefrontal.

Manifestările obsesive apar deasemenea în *coreea Sydenham* (Swedo - 1992) ca şi în *coreea cronică Huntington*, în care se constată că se află în suferinţă de tip mofologic şi funcţional, formaţiunile sistemului extrapiramidal în mod predominant, şi secundar cortexul cerebral, în

particular cel frontal (Swedo şi colab. 1989; Cummings şi Cunningham, 1992).

În *boala Pick*, în care sunt cunoscute leziunile atrofice bilaterale circumscrise ale regiunilor fronto-temporale ca şi leziunile subcorticale în special ale nucleului caudat, S. Brion şi J. Plas au descris manifestările iterative care iau adesea „forma pseudo-compulsiilor (spălarea iterativă a mâinilor)" manifestări care amintesc de unele aspecte ale nevrozei obsesiv-compulsive. Se cunoaşte că boala Pick este o afecţiune degenerativă cerebrală cu determinism genetic şi se manifestă ca maladie eredo-familială.

Aminteam mai sus că tulburările obsesiv-compulsive au cel mai probabil origine genetică, motiv pentru care atunci când se manifestă încă din copilărie se asociază şi cu tulburări neurologice, opinie care a fost susţinută şi de către D. L. Paulus şi J. F. Leckman (1986). Printre aceste tulburări se situează şi *sindromul lui Gilles de la Tourette* sau *„boala ticurilor convulsive"* aşa cum a denumit-o autorul şi care constă în efectuarea unor ticuri multiple musculare şi vocale, grimase faciale, răsuciri, ridicarea unui umăr, statul pe vine, lătrat, tuse etc. ticuri care se asociază cu unele tulburări compulsive ca de exemplu repetarea automatică a unor cuvinte obişnuite (ecolalie) sau a unor vulgarităţi obscene (coprolalie) sau imitarea unor gesturi mimice (ecomimie) sau a unor gesturi complexe (ecopraxie) etc. Unul din cazurile cunoscute de noi repeta cu o precizie impresionantă tot ce auzea. Precizia acestor ecolalii era impresionantă pacientul reproducând cu o precizie absolut fidelă cuvinte şi fraze rostite în diverse limbi străine pe care nu le cunoştea deloc aşa cum au fost auzite după rostirea de către studenţi din diferite ţări în limba lor maternă: germană, franceză, engleză, rusă, arabă, ebraică, greacă etc. Rostirea compulsivă a cuvintelor sau frazelor auzite în limbile străine menţionate era acompaniată de o intensă stare emoţională şi de tulburări vegetative manifestate prin transpiraţii, înroşirea faciesului şi a tegumentelor, fenomenul compulsiv fiind promt şi impresionant de precis.

H. L. Leonard şi colab. (1992) evidenţiază că mulţi dintre copiii cu tulburări obsesiv-compulsive prezintă în tabloul lor clinic şi ticuri, aşa după cum pacienţii suferind de boala ticurilor descrisă de Gilles de la Tourette, prezintă pe lângă ticuri şi manifestări obsesiv-compulsive, autorul considerând că cele două tipuri de afecţiuni au la bază o perturbare unică, ce pare a fi rezultatul afectării unei singure gene dominante. Autorii se întreabă de ce sindromul Tourette se dezvoltă în copilărie în timp ce tulburarea obsesiv-compulsivă apare mai târziu. Cazul expus de noi mai sus, ca şi încă 3 cazuri pe care le-am cunoscut în condiţii de consultaţii ambulatorii, au debutat toate între 18-20 ani. Concluzionând, amintim că ticul în genere este foarte apropiat de obsesie.

Comportamentul obsesiv-compulsiv noi l-am întâlnit exprimat în mod deosebit de clar, într-un caz de epilepsie, foarte rar întâlnită - *hiperecplexia* - în care apărea pentru câteva fracţiuni de secundă ecolalia, dar cu relaxarea musculară şi scăparea din mână a obiectelor ce le purta în momentul respectiv.

Manifestările obsesive sunt frecvent întâlnite în **autismul infantil,** aceşti pacienţi evidenţiind un interes obsesiv-compulsiv faţă de obiectele din jur în raport cu care se angajează într-un comportament compulsiv, stereotipic, ritualic. Pe de altă parte se cunoaşte determinismul genetic al antismului infantil, concordanţa dintre gemenii monozigoţi fiind de peste 96%, în timp ce pentru gemenii dizigoţi nivelul de concordanţă este mai mic decât pentru martorii normali (S. E. Folstein şi J. Piven - 1991).

Ceea ce atrage atenţia în cercetările de mai sus este evidenţierea unor determinări genetice între tulburările obsesiv-compulsive, sindromul lui Gilles de la Tourette şi autismul infantil. În plus s-au comunicat cazuri de autism infantil care au dezvoltat subsecvent sindromul lui Tourette. Deasemenea s-au relatat cazuri familiale în care s-au întâlnit atât autismul cât şi sindromul lui Gilles de la Tourette - sindroame în care componentele obsesiv-compulsive erau prezente (Comings şi Comings, 1991). Studiile anatomopatologice au evidenţiat leziuni la nivelul medial al lobului temporal, în hipocamp, în cerebel, polimicrogirie. Astfel de anomalii apar în primele şase luni de gestaţie şi pot fi consecinţa anoxiei, a infecţiilor virale ale mamei, sau a unui defect genetic (J. Piven, 1990, 1992).

Neuropsihofiziologia stărilor emoţionale normale şi patologice trimite aşa cum am văzut mai sus la o serie de formaţiuni cerebrale implicate în elaborarea comportamentului afectiv, respectiv la afectivitate (dispoziţie, instincte, emoţii, afecte, sentimente şi pasiuni), adică la acea componentă subiectivă fundamentală a vieţii psihice care reflectă bogăţia de relaţii instinctiv-emoţionale ale fiecărei persoane în raport cu caracteristicile obiectelor şi fenomenelor lumii exterioare, conferind fiecărui subiect tonalitatea sufletească agreabilă sau dezagreabilă, ce oscilează între polii extremi ai plăcerii şi suferinţei (durerii), fluctuaţiile afective manifestându-se ca o amplă simfonie a vieţii interioare, ale cărei modulări sunt dirijate de satisfacţie sau insatisfacţie, în raport cu dorinţele, *nevoile (motivaţiile) instinctuale* (sete, foame, somn, sexualitate), *raţionale* (viaţă conjugală, familie, şcolară, social-profesională), sau *cultural-spirituale.* Afectivitatea este bogată în toate instanţele instinctiv-emoţionale cu relaţii imergentive neuro-vegetative, endocrine, somatice, umoral-metabolice, până la nivel molecular şi submolecular, având totodată relaţii emergentive superioare în relaţie cu funcţiile intelective, conştiinţa şi voinţa în raport şi în relaţie cu care se elaborează componentele afective superioare-sentimentele şi pasiunile.

Această bogăţie de funcţii şi relaţii cuprind direct sau indirect, sub influenţa afectivităţii, toate structurile somato-psihice în relaţie cu condiţiile de mediu natural şi social. Afectivitatea nu se reduce la funcţiile fundamentale biopsihice, dar face parte din ele şi se înscrie în fantastica simfonie subiectivă al cărei dirijor este însăşi viaţa fiecărui subiect cu amplele sale determinări simultan necesare, interdependente şi ireductibile biologice, psihologice şi sociale.

Din punctul de vedere care ne interesează - şi anume acel al nevrozelor în general şi respectiv al nevrozei obsesiv-compulsive - vom lua în consideraţie în primul rând *dispoziţia* (de plăcere-neplăcere) şi *emoţia în*

special, care în opinia noastră, se află pe poziţia de loc de întâlnire dintre somatic şi biopsihic cu determinism predominant ereditar şi structurile superioare ideo-afective cu determinism predominant psiho-social, din care nu poate fi exclusă componenta biologică şi în particular cea biopsihică. Amintim aici că în acest univers subiectiv al fiecărei personalităţi - a cărei complexitate poate fi comparată ca o veritabilă galaxie - reverberează, rezumând în fracţiuni de secundă legităţile universului în care ne petrecem existenţa ca şi toate legile existenţei lumii biologice din care facem parte şi pe care o includem în fiecare individ, la această moştenire universală naturală şi biologică adăugându-se moştenirea influenţelor existenţei individuale ce se împleteşte cu istoria socio-culturală şi psihospirituală a societăţii umane, în care ne naştem şi prin care devenim oameni. În acest fel înţelegem ceea ce literatura germană referindu-se la personalitate denumeşte cu termenii *untergrund* şi *hintergrund* sau ceea ce în literatura anglo-saxonă se înţelege prin termenii indisociabili *nature and culture*.

Revenind la *emoţie* vom sublinia că fie că o boală psihică are un determinism predominant genetic, constituţional, endogen, bio-psihosomatic vulnerabil sau fragil, sau dimpotrivă determinismul bolii psihice este de natură predominant exogenă (prin factori fizici, chimici, biologici sau psiho-sociali negativi), în ambele eventualităţi locul de convergenţă a acestor influenţe negative se va întâlni la nivelul emoţiilor care se constituie ca un seismograf care primeşte emergentiv de la nivel molecular până la nivel vegetativ-emoţional influenţele cu rol determinant în perturbările psihice şi deasemenea emoţiile receptează, prin mecanism imergentiv, influenţele negative predominant exogene care prin perturbările emoţionale se reflectă până la nivel molecular. Emoţia este legată însă de structurile cerebrale arhi şi paleogenetice şi prin ele de structurile corticale.

În acest sens este cunoscut încă de la mijlocul secolului trecut, cazul lui Phineas Gage care suferă un traumatism cranio-cerebral cu lezarea predominantă a *cortexului orbitofrontal* după care bolnavul devine violent, iresponsabil, capricios, egoist şi nechibzuit faţă de alţii. Deci lezarea cortexului orbitofrontal scade capacitatea inhibitorie de autocontrol, pacientul devine hipersensibil la acţiunea unor stimuli afectogeni negativi, determinând reacţii emoţionale intense, violente sub formă de afect, ca izbucnire emoţională foarte intensă.

În 1935 Jacobsen, Wolf şi Jackson au efectuat o lobectomie frontală pe un cimpanzeu cu un comportament violent, în condiţii experimentale, şi au constatat că după operaţie „el a devenit un model de bun comportament" spre deosebire de pacientul de mai sus care după lezarea lobului frontal prezenta intense stări de afect.

Egaz Moniz - un neuropsihiatru portughez - ulterior laureat al premiului Nobel -, luând cunoştinţă că după extirparea unei tumori frontale la un pacient, care a impus inclusiv *lobectomia frontală*, acesta n-a suferit o alterare manifestă intelectuală şi a supravieţuit o lungă perioadă de timp, Moniz s-a întrebat dacă nu cumva îndepărtarea lobului frontal ar elimina frustrările şi stările de anxietate de care suferă unii bolnavi, pe cale chirurgicală. Rezultatele unor numeroase lobectomii frontale efectuate

ulterior n-au determinat ameliorările scontate, bolnavii devenind după o perioadă de timp de la intervenţia chirurgicală, violenţi, iresponsabili în planificarea activităţilor. Toate acestea au determinat renunţarea la metoda lobectomiilor frontale, dar s-a încercat *leucotomia transorbitală* secţionându-se, la fel ca în lobectomii, substanţa albă în regiunea ventromediană a lobilor frontali ceea ce realiza aceeaşi întrerupere a legăturilor cu restul creierului. *Aceste intervenţii deconectau cortexul orbitofrontal de diencefal şi de lobii temporali dacă abordarea chirurgicală se efectua la bază, iar dacă intervenţia se realiza de deasupra se deconecta cortexul orbitofrontal de girus ciuguli.* Aceste constatări au devenit importante pentru studiul emoţiilor.

Ca rezultat al intervenţiilor neurochirurgicale pe lobii frontali s-a realizat o mai bună cunoaştere a rolului unor structuri cerebrale în relaţie cu unele funcţii neuropsihofiziologice intelective şi îndeosebi *emoţionale*, graţie legăturilor ce le realizează cu alte regiuni corticale şi subcorticale. În acest fel privit:

„*Cortexul orbito-frontal* primeşte excitaţii de la talamusul dorsomedial, de la cortexul temporal şi de la aria tegmentală ventrală. El deasemenea primeşte excitaţii indirecte de la amigdală şi de la sistemul olfactiv. Excitaţiile sale pleacă la o serie de regiuni cerebrale, care includ cortexul cingulat, formaţiunile hipocampice, cortexul temporal, hipotalamusul lateral şi amigdala. În fine el comunică cu alte părţi ale lobilor frontali. Astfel, aferentările sale îi furnizează informaţii despre ce se întâmplă în mediul ambiant şi ce planuri sunt elaborate de restul lobilor temporali, iar eferenţele sale îi permit să influenţeze o varietate de comportamente şi de răspunsuri fiziologice, inclusiv răspunsurile emoţionale organizate de către nucleul amigdalian" (N. R. Carlson, 1994). Cortexul orbito-frontal are legături cu sistemul limbic pe calea nucleului mediodorsal al talamusului.

Datele clinice şi experimentale au demonstrat rolul important al cortexului orbitofrontal în reacţiile emoţionale. Lezarea acestei regiuni permite pacientului să-şi explice implicaţiile unor situaţii sociale complexe, însă el este incapabil să răspundă optimal unor situaţii care îl privesc pe *el*. „Această regiune nu pare a fi necesară - scrie N. Carlson - pentru elaborarea judecăţilor privind semnificaţia personală a situaţiilor sociale, dar pare a fi necesară pentru traducerea acestor judecăţi în acţiuni şi în răspunsuri emoţionale". Această împrejurare determină intrarea în acţiune a logicii afective în locul logicii raţionale şi de aici perceperea şi judecarea lumii subiective ca şi a celei obiective prin prisma structurilor emoţionale dinamice iar sub raport motivaţional deosebit de diverse de la un bolnav la altul.

Nucleul amigdalian sau poate mai corect *complexul amigdalian* (*amigdaloid*) deţine un rol particular de important în organizarea comportamentului emoţional, a reacţiilor vegetative şi endocrino-umorale, ca răspuns la incitaţiile din mediul exterior, reglând totodată reacţiile afective de furie, frică, dezgust sau de repulsie, amigdala având totodată sub controlul său mirosurile, comportamentul sexual ca şi pe cel matern. Aşa

cum rezultă amigdala deţine un rol de integrare vegetativ-endocrină şi de reactivitate emoţională primară, în raport cu acei exitanţi sau cu acele situaţii cu semnificaţie biologică specială, inclusiv acţionând asupra reglării comportamentului în raport cu semnificaţia prezenţei alimentelor, apei, sărurilor, a prezenţei unei fiinţe apropiate sau rivale. În ceea ce priveşte relaţiile amigdalei în raport cu emoţiile s-a demonstrat că activarea sa se realizează în prezenţa unor stimuli relevanţi emoţional, organizând răspunsurile optimal adaptative la acţiunea unor stimuli ce provoacă dezgust sau aversiune.

Dacă ar fi să rezumăm regiunile cerebrale care primesc informaţii de la nucleul central al amigdalei şi răspunsurile emoţionale controlate de aceste regiuni toate acestea ar fi posibil să fie schiţate după cum se observă în schema de mai jos (adoptată după N. R. Carlson) şi care atestă reglările şi dereglările neurovegetative, endocrine, umoral-metabolice şi biopsihice primare:

Regiunile cerebrale	**Comportamentul şi răspunsurile fiziologice**
- Hipotalamusul lateral	Activare simpatică: creşterea ratei cardiace şi a tensiunii arteriale, paliditate.
- Nucleul motor dorsal al vagului	Activare parasimpatică: ulcere, urinare, defecare.
- Nucleul parabrahial	Creşterea respiraţiei.
- Aria ventrală tegmentală	Arunsal comportamental (dopamină).
- Locus coeruleus	Creşterea vigilenţei (norepinefrină).
- Nucleu dorso-lateral tegmental	Activare corticală (acetilcolină).
- Nucleul reticular pontin caudal	Creşterea răspunsului de surprindere (spaimă).
- Substanţa cenuşie periapeductală	Comportament de oprire (îngheţare, înlemnire). Expresie facială a fricii.
- Nucleul motor facial trigeminal	Secreţie de ACTH şi glucocorticoizi.
- Nucleul paraventricular	Activare corticală.
- Nucleul bazal	

Dacă ar fi să comparăm regiunile subcorticale de mai sus şi cele despre care vom aminti mai jos, acestea reprezintă pentru procesele psihoneurologice bazale ceea ce constituie ciclul lui Krebs pentru biochimia proceselor vitale de troficitate şi respiraţie celulară absolut necesare organismului. De la şi prin intermediul acestor procese care au loc în formaţiunile subcorticale vin şi pleacă în sens emergentiv şi imergentiv informaţiile din mediul intern şi extern, la acest nivel se realizează activitatea de sinteză aferenţială la un nivel de integrare cerebrală subconştientă şi pe această bază se realizează indisociabil şi este condiţionată activitatea biopsihică şi inconştientă, cu cea neuropsihică superioară, conştientă. Însăşi reacţiile anticipative de la cele moleculare până la cele ale conştiinţei, care stau la baza comportamentului uman în

toate componentele sale structural-funcţionale, ca şi în ce priveşte articulările sale coordonate în sisteme acţionale dinamice, la toate nivelurile organismului în întregul său, îşi au ca punct de pornire şi de plecare regiunile subcorticale în relaţie funcţională cu structurile neocorticale şi tot la acest nivel se articulează reactivitatea primară biopsihică, inconştientă cu toată zestrea sa ereditară de o imensă bogăţie, sursă pentru procesele noogenetice şi staţie intermediară de influenţă a proceselor psihice superioare şi a conştiinţei, prin eferenţele sale imergentive asupra tuturor proceselor organismului. În această strânsă colaborare cortico-subcorticală care asigură optimumul de funcţionare a activităţii nervoase superioare, ca şi a proceselor psihice şi spirituale există această dependenţă reciprocă, pe care n-o putem considera ca fiind absolută, neocortexul în raport cu structurile subcorticale, şi îndeosebi în relaţie cu cele ale circuitului limbic, comportându-se „ca un călăreţ pe un cal fără frău". Această împrejurare este determinată de sărăcia de conexiuni dintre sistemul limbic cu neocortexul, ceea ce asigură sistemului funcţional cortico-subcortical legături cu grade mari de libertate, necesare funcţiilor de comutare şi de organizări dominante şi subdominante neuropsihice necesare proceselor de asimilare şi acomodare adaptativă optimală, biologică, psihologică şi social-spirituală.

În momentul însă când are loc un dezechilibru între afectivitate şi conştiinţa existenţei pe care ne-o conferă eul, când sentimentul obiectivării subiectivităţii este zdruncinat de anxietate şi angoasă, fără a destructura ansamblul de sensuri şi semnificaţii ale conştiinţei, atunci logica raţională este subminată şi dominată de logica afectivă primară ce ţine de structurile profunde ale vieţii şi ca urmare însăşi sensul vieţii în rădăcinile sale cele mai profunde este bruiat la nivelul economiei instinctiv emoţionale şi ca urmare însăşi conştiinţa despre lume şi propriul eu îşi însuşeşte conotaţiile unor înţelesuri nedesluşite care se caută şi se vor înţelese. Nevroticul în această situaţie se află în situaţia călăreţului îngrozit care călăreşte un cal fără frâie şi ale cărui obişnuinţe nu le cunoaşte. Desigur că exprimarea este metaforică şi nu poate cuprinde diversitatea de trăiri conflictuale dominante pe care le poate genera perturbarea emoţională, cu atât mai mult cu cât dominantele conflictuale se cantonează la nivelul unei afectivităţi primare instinctiv-emoţionale inconştiente, subconştiente sau preconştiente, ceea ce determină o scădere a tensiunii psihologice, o denivelare şi pierdere de înălţime şi certitudine a vieţii mintale şi ca urmare instalarea sentimentului incapacităţii de a reconcilia starea conflictuală în care se află cu şi la nivelul parametrilor unei realităţi pe care o percepe schimbată şi în care pierzând şi sentimentul realului, pierde inclusiv parametrii de raportare la şi de stăpânire a realului. Subiectivitatea nevroticului în suferinţă este determinată nu numai de condiţionarea psihosocială, culturală şi spirituală ci concomitent şi de optimumul funcţional al structurilor cerebrale.

Nucleul amigdalian participă în stabilirea reflexelor condiţionate clasice inclusiv emoţionale şi deasemenea în procesele de învăţare şi de memorie, îndeosebi prin intermediul nucleului central amigdalian care

primeşte informaţii de la cortexul sensorial, cortexul asociativ, talamus şi le trimite prin *grupul bazolateral* la hipotalamus, mezencefal, punte şi măduvă realizând ca răspuns expresiile variatelor componente emoţionale. Nucleul central amigdalian implicat în procesele de condiţionare emoţională la stimuli auditivi, determină de exemplu reacţii de timiditate în condiţii de mediu străin.

Un alt aspect important de subliniat este că nucleul central amigdalian conţine o mare cantitate de receptori opioizi pe de o parte, iar pe de altă parte primind aferente de la nucleul bazolateral - acesta fiind bogat în receptori benzodiazepinici - face ca nucleul central amigdalian să aibă efecte anxiolitice, de topire a anxietăţii, deşi nu numai nucleul amigdalian participă la această anxioliză.

Un alt aspect de neuropsihofiziologie a nucleului amigdalian constă în aceea că determină răspunsuri variate la apariţia unor stimuli neplăcuţi, elaborând comportamente anticipative neurovegetative, endocrine şi umorale şi implicând în mod diferenţiat în elaborarea acestor comportamente hipotalamusul, creierul mijlociu, puntea, măduva, în acest fel amigdala fiind un fel de buton de apăsare care este ataşat diferitelor circuite neuronale responsabile de comportamentele mai sus amintite.

Reacţiile afective primare ca cele de apărare sau de atac (agresive) au o îndelungată evoluţie emergentivă filogenetică şi sunt legate, în realizarea şi exprimarea lor, de cele mai vechi structuri cerebrale şi care totodată nu necesită în realizarea reacţiilor lor participarea structurilor mai noi filogenetice (neocortexul). În acest sens se cunoaşte că lezarea regiunii auditive corticale nu împiedică nici învăţarea, dar nici răspunsul condiţionat emoţional la acţiunea stimulilor auditivi sau a stimulilor optici, însă lezarea talamusului împiedică această condiţionare şi ca urmare nu se va mai produce activarea amigdalei şi declanşarea condiţionată emoţională.

Amigdala se află deasemenea în relaţie cu **cortexul asociativ senzorial,** primind informaţii vizuale, auditive, de la polul temporal şi informaţii somatosenzoriale de la cortexul asociativ, amigdala fiind activată de stimulii emoţionali semnificativi, care informează ce se petrece în mediul în care se află subiectul.

Girus cinguli este o altă structură morfo-funcţională implicată în comportamentul emoţional, iar cortexul care-l acoperă este o parte importantă a sistemului limbic. Girusul cinguli constituie interfaţa dintre procesele cortexului frontal, sistemul limbic cu funcţiile sale emoţionale şi mecanismele cerebrale care asigură controlul mişcărilor. Tallairach şi colab. (1973) stimulând electric girusul cinguli a determinat pe bolnavi, în cursul operaţiilor neurochirurgicale, trăiri emoţionale pozitive sau negative. *Mutismul akinetic* caracterizat prin oprirea vorbirii şi nemişcare este determinat de lezarea girusului cinguli, iar dacă leziunea este mai întinsă bolnavul decedează.

Din punctul de vedere care ne interesează aici, girusul cinguli deţine un rol important de excitare emoţională şi de elaborarea unui comportament general motivat şi evident afectiv.

Ar mai fi de amintit că *stressul* comportă mecanisme complexe neuro-endocrino-vegetativ-unorale şi metabolic-moleculare, cu rol deosebit acţionând componentele vegetative şi endocrine. Componenta vegetativă simpatică va determina secreţia adrenalinei, noradrenalinei, care au printre altele efect catabolic, spoliind resursele energetice ale organismului. S-a demonstrat că factorii stresanţi determină o eliberare crescută de norepinefrină în hipotalamus, cortexul frontal, inclusiv amigdala.

În condiţii de stress se eliberează în plus un hormon steroidic secretat de către cortexul glandei suprarenale - *cortizolul* care aparţine *hormonilor glucosteroizi* (care afectează metabolismul glucozei) şi în acelaşi timp se secretă şi *aldosteronul - hormon mineralocorticoid* - ce perturbă metabolismul sodiului. Glucosteroizii spoliind organismul de glucoză, recurg la utilizarea proteinelor şi transformarea lor în glucoză necesară asigurării energiei necesare proceselor vitale de respiraţie şi troficitate celulară, de menţinere sau creştere a presiunii arteriale, de stimulare a proceselor metabolice cerebrale. Epuizarea suprarenală în condiţiile unui stress prelungit va afecta profund procesele de troficitate cerebrală ca şi a întregului organism. *Menţionăm că factorii stressanţi sunt numeroşi şi inclusiv cuvântul cu semnificaţie negativă se poate constitui într-un agent stresant deosebit de grav. De aceea, ceea ce de multe ori se afirmă că nevrozele, în genere, au un determinism predominant psihogen, când în realitate la origine se află un stress emoţional, care acţionând îndelung sau acut pe un teren vulnerabil genetic sau dobândit, duce la perturbările menţionate mai sus.*

Anticipând se poate afirma că la baza tulburărilor psihice stau perturbări neuro-vegetative, endocrino-umorale şi metabolic-moleculare, care determină fenomenele de dominantă patologică ce duc la parabiotizarea structurilor cerebrale, cu fazele cunoscute de egalizare, paradoxală şi ultraparadoxală şi totodată cu şansa de a evolua, în condiţii de fragilitate marcată, de substrat morfo-funcţional cerebral, până la fenomene de paranecroză.

Ne-am condus în expunerea datelor de neuropsihofiziologie a emoţiilor după N. Carlson cu scopul evidenţierii sintetice a structurilor cerebrale implicate în afectivitate, şi în particular în manifestările emoţionale primare şi *am insistat îndeosebi asupra structurilor arhi- şi paleopsihice de care se leagă predominant etiopatogenia tulburărilor psihice şi în particular pentru subiectul care ne interesează aici - nevroza obsesiv-compulsivă.*

Emoţia prin însăşi structura sa este partea din procesele afective cea mai apropiată de somatic şi care nu se poate totuşi caracteriza sau reduce la expresiile somatice pe care le determină ci dimpotrivă sub aspect mintal, emoţia se „caracterizează în general prin *haos* sau tulburare psihică. Alte note prin care se caracterizează în mod obişnuit sunt extrinsece şi se referă fie la partea somatică, fie la aspectul ei motor şi cognitiv" scrie V. Pavelcu şi tot acelaşi autor precizează că spre deosebire de *dispoziţii* care sunt stări afective difuze şi slabe, *emoţiile* apar ca *„stări de dezorganizare psihică, însoţite de reacţii interne (tonico-viscerale şi glandulare) şi*

autonome" şi în altă parte sublinia că *„logica anumitelor nevroze şi psihoze este o logică afectivă a justificării; explicaţia comportării şi a ideaţiunii nevropatului trebuie s-o căutăm în afectivitatea lui zdruncinată şi nu în conştiinţa relaţiilor şi a situaţiilor lumii externe. Lumea psihopatului trebuie înţeleasă prin prisma lui timică*". (subl. ns. - M. Ş.) desigur nu fără legătură cu intelectul şi evitând relaţiile dintre intelect şi afectivitate, dintre organism şi mediu, în interrelaţiile lor dinamice, funcţionale.

Tulburările emoţionale care preced debutul nevrozei obsesiv-compulsive au ca bază perturbări în funcţionalitatea substratului morfo-funcţional cerebral, respectiv vulnerabilitatea sau fragilitatea crescută a structurilor cerebrale profunde expuse mai sus, vulnerabilitate (fragilitate) care interferează negativ în sens imergentiv cu acţiunea negativă a unor factori exogeni (fizici, chimici, biologici şi psihosociali) în relaţie intrinsecă cu influenţele emergentive de la nivel molecular, umoral, metabolic, endocrin, neurovegetativ care, toate, vor perturba procesele de stabilitate a activităţii cerebrale reglate intern prin autoinhibiţie sau extern prin inhibarea aferenţelor colaterale.

Cercetările clinice ale lui P. Janet insistau asupra faptului că scăderea tonusului psihologic se datoreşte perturbărilor metabolice cerebrale şi la fel S. Freud atunci când vorbeşte despre conflictele dintre instanţele psihice are în vedere în fond perturbarea fundamentală a reactivităţii energeticii „cerebrale, a forţelor şi tensiunilor pulsionale".

Referindu-ne la P. Janet amintim că psihiatrul francez nota următoarele în volumul său *„Medication Psychologique"* (1919): „Este posibil ca noi să fim capabili într-o zi să stabilim bilanţul bugetului spiritual, aşa cum se face astăzi în comerţ. Psihiatrul va fi atunci capabil să utilizeze slabele sale resurse, evitând cheltuielile inutile şi îndreptându-şi efortul exact acolo unde este necesar. Mai bine încă, el îşi va sfătui bolnavul să-şi crească veniturile pentru a-şi îmbogăţi astfel spiritul".

La rândul său S. Freud care considera că nevroza reprezintă o structurare energetică deficitară a Eului datorită cărui deficit nu-şi poate exercita eficient controlul asupra exigenţelor psihologice şi sociale dictate de Supra-Eu nota: „În viitor, noi sperăm a exercita, poate, influenţă directă prin intermediul unor substanţe chimice care să acţioneze asupra cantităţilor de energie şi a distribuirii lor în „aparatul" mintal".

Trebuie să amintim în acest context că studiindu-se cu ajutorul metodelor biochimiei cuantice modul de acţiune a neurolepticelor de tipul clorpromazinei, s-a demonstrat că acest medicament determină creşterea compuşilor fosforici macroergici la nivel cerebral (Pullman - *Biochimie quantique*).

Pierderea „veniturilor" despre care scria P. Janet, speranţa în ameliorarea „cantităţilor de energie" despre care nota S. Freud, vulnerabilitate genetică sau constituţională a terenului cerebral despre care se amintea în numeroasele studii clasice despre nevroze sunt evidenţiate în prezent de noile tehnici de exploatare cerebrală şi ne raportăm îndeosebi la studiile efectuate prin aplicarea tomografiei cu emisiune de pozitroni (PET) folosind în acest fluorodeoxiglucoza marcată, cunoscut fiind că

metabolismul cerebral al glucozei este un fidel indicator al funcţiilor cerebrale. În acest sens I. R. Baxter jr. şi colab. (1992) au studiat rata modificărilor metabolice la nivelul nucleului caudat folosind exploatarea PET. Autorii au constatat că pacienţii prezentând nevroză obsesiv-compulsivă au un metabolism crescut la nivelul cortexului orbito-frontal, a cărui neuroni au un bogat stoc de serotonină, aceleaşi arii ale cortexului orbito-frontal constituind suportul funcţiilor conştiinţei timpului şi a corectitudinii sociale. Bolnavii obsesiv-compulsivi nu prezintă aceste trăsături excesiv exprimate comparativ cu pacienţii care prezintă deficienţe lezionale ce interferează funcţionarea acestei regiuni, devenind dezinhibaţi, cu tulburări de memorie, inadaptaţi social - trăsături opuse celor întâlnite în nevroza obsesiv-compulsivă. Studiul a mai demonstrat că bolnavii care răspund pozitiv la tratament înregistrează o scădere a metabolismului glucozei în zona nucleului caudat drept. Aceleaşi constatări ca cele obţinute de Baxter şi colab. au fost confirmate de Swedo şi colab. (1989) şi de către Rubin şi colab. (1992). O altă serie de autori au evidenţiat o ***descreştere*** a activităţii în ganglionii bazali (însoţite de leziuni), în timp ce alţii semnalau o creştere a ***intensităţii*** activităţii în ganglionii bazali. Aceste constatări conduc la concluzia prezenţei unei disfuncţii de tip parabiotic a circuitului cortico-strio-talamic, disfuncţie care n-a fost evidenţiată la bolnavii cu depresie majoră unipolară. Cu alte cuvinte anxietatea şi obsesiile sunt mediate de reacţiile biochimice cerebrale în cazul nevrozei obsesiv-compulsive.

Pe de altă parte Luxemberg (1988) constată la bărbaţii cu nevroză obsesiv-compulsivă, utilizând tomografia computerizată, o reducere a dimensiunilor necleului candat.

Rauch (1994) administrând bioxid de carbon marcat cu O_{15} constată cu ajutorul PET o creştere a fluxului sanguin cerebral la nivelul orbital, striatumului şi al talamusului, subiecţii supuşi experimentului dezvoltând simptome obsesiv-compulsive, rezultate asemănătoare fiind obţinute şi de către Me Guire şi colab. (1994).

S. Swedo şi colab. (1992) studiind metabolismul cerebral al glucozei la copiii cu tulburări obsesiv-compulsive, înainte şi după un an de la instituirea terapiei, evidenţiază o ameliorare a simptomatologiei clinice corelativ cu o reducere a activităţii cortexului orbito-frontal, fapt care demonstrează rolul acestei formaţiuni în nevroza obsesiv-compulsivă.

O altă serie de dovezi privind participarea sistemului cortico-strio-talamic sunt oferite de datele terapeutice. Se cunoaşte că cele mai eficiente medicamente pentru tratamentul tulburării obsesiv-compulsive sunt clomipramina, fluoxetine şi fluvoxamine. Benkelfat (1990) a administrat clomipramină în tulburarea obsesiv-compulsivă şi constată că cei care au răspuns pozitiv la tratament prezintă o reducere semnificativă a activităţii la nivelul nucleului caudat.

Din cele de mai sus se poate concluziona că administrarea clomipraminei ca şi a medicamentelor menţionate realizează o manifestă ameliorare a metabolismului glucozei atât la nivelul cortexului orbitofrontal ca şi a nucleului caudat.

Baxter I. R. jr. şi colab. (1992) constată o scădere a nivelului metabolismului glucozei la nivelul nucleului caudat drept la pacienţii obsesiv-compulsivi care au răspuns pozitiv la tratament. Pe de altă parte Martinat şi colab. (1990) nu constată modificări diferite între cortexul drept şi cel stâng.

O altă constatare importantă nu numai pentru etiopatogenia şi tratamentul tulburării obsesiv-compulsivă ne este oferită aplicarea terapiei comportamental-cognitive. În acest fel Baxter J. R. jr. şi colab. (1992) au tratat un număr de 9 pacienţi cu tulburare obsesiv-compulsivă aplicând terapia comportamental-cognitivă timp de 8 - 12 săptămâni şi explorându-i la încheierea acţiunii psihoterapice prin aplicarea PET. Autorii au constatat la 6 pacienţi cu ameliorări clinice evidente, reconfirmarea modificării metabolismului glucozei la nivelul nucleului caudat drept şi numai la 3 bolnavi care n-au răspuns la metoda psihoterapeutică aplicată, n-au prezentat modificări semnificative la nivelul nucleului caudat drept.

Ceea ce ni se pare a fi particular de semnificativ în studiul influenţei terapiei comportamentalist-cognitive (şi după opinia noastră aceasta este valabilă pentru orice tip de psihoterapie, inclusiv hipnotică aplicată şi de noi) este valoarea excepţională a *cuvântului ca factor terapeutic* în practica medicală în general şi nu numai în nevroza obsesivo-compulsivă. Sub hipnoza împreună cu I. Haulică şi V. Rusu noi am evidenţiat o creştere a melatoniei până la 300%. Studii americane au evidenţiat deasemenea că sub acţiunea în sens imergentiv a sugestiei hipnotice se ameliorează valorile imunoelectroforezei consecinţă a corectării prin acţiune sugestivă verbală a mecanismelor imunologice.

Datele de mai sus confirmă concepţia formulată de noi conform căreia organismul ca sistem hipercomplex şi în particular personalitatea în ansamblul său implică, în procesualitatea adaptativă normală ca şi patologică, mecanisme bio-psiho-sociale cu acţiune imergentivă de la nivel conştient-spiritual până la nivelul molecular prin reglările psiho-neuro-vegetative-senzitive-senzoriale-motorii-endocrine-umoral-metabolice până la nivel molecular şi submolecular şi mecanisme cu acţiune emergentivă de la nivel submolecular-molecular-metabolic-umoral-endocrin-vegetativ-senzitivo-senzoriale-motorii-biopsihice cu rezonanţe până la nivelul conştient-spiritual. În concepţia noastră structurile biopsihice (arhi şi paleopsihice) nu pot fi separate de cele noopsihice, nici în sens emergentiv nici imergentiv, şi că mecanismele psihice de reglare funcţională şi de asimilare şi acomodare adaptativă nu pot fi înţelese în afara relaţiilor optimale de lucru cortico-subcorticale şi respectiv de structurile inconştiente şi inconştiente, tot aşa cum nu putem separa mediul intern de mediul exterior şi personalitatea de structura sa biologică în relaţie inseparabilă şi ireductibilă de condiţiile modulator formative, pozitive sau negative, ale mediului extern natural, psiho-social-cultural-spiritual, toate cele de mai sus în relaţie intrinsecă indisociabilă cu istoria universului şi a lumii biologice de la celulă până la om, toate depozitate în memoria biologică a fiecărui organism care face corp unic cu istoria individuală biologică, psihologică şi socială a fiecărei personalităţi. Toate aceste

structuri ale fiecărei personalităţi alcătuiesc numeroase configuraţii dinamice structural-funcţionale pe care n-o vom înţelege optimal decât raportând omul la această infinită determinare a propriului său univers sau al propriului său cosmos şi care nu se rezumă doar la o relaţie diadică-psihosocială sau la un simplu mecanism submolecular, fără a lua în considerare constelaţiile simultane şi dinamice dominante sau subdominante în care sunt implicate istoria universului, a moştenirii lumii biologice şi a celei individuale biologice, psihologice şi sociale. În acest mod de a înţelege personalitatea noi considerăm că cea mai nesemnificativă şi aparent banală reacţie enzimatică reflectă istoria lumii şi istoria fiecărui individ, anticipând de la nivel celular până la nivelul conştiinţei în milionimi de secundă miliardele de ani de evoluţie a materiei vii până la nivelul condiţiei de individ uman şi de personalitate. În acest concept de ansamblu înţelegem personalitatea sub aspectul manifestărilor sale biologice, psihologice şi sociale normale şi patologice, înţelegând-o totodată ca o structură nu amorfă ci *înţelegând omul ca subiect care se obiectivează şi obiect care subiectivează lumea în mod activ prin coactivitate* (înţelegându-i inclusiv activitatea sub raportul structurii sale biologice şi sociale, ca sinteză a unei imense istorii care motivează şi anticipează intern şi extern însăşi secvenţierile acţiunilor sale în atingerea scopului conştient sau inconştient, ca şi reactivitatea sa de la structuri cuantice submoleculare până la dramatica şi tragica existenţă umană-psiho-socială conştientă şi totodată inconştientă.

În acest ansamblu de consideraţii plasăm rolul terapeutic al cuvântului rostit sau scris ca şi acţiunea sa în psihoterapie, inclusiv cea comportamentalist-cognitivă din tulburarea obsesiv-compulsivă, care corectează mecanismele metabolic-moleculare ale unor structuri subcorticale menţionate mai sus cu rol atât de important în elaborarea unor procese biopsihice (ireductibile la substratul morfo-funcţional), cu rezonanţă pozitivă - atunci când au fost echilibrate metabolic - asupra conţinuturilor ideo-afective şi acţionale perturbate şi particulare nevrozei obsesiv-compulsive. *Cele mai necunoscute motivaţii ale existenţei noastre ca şi ale suferinţelor noastre psihice şi somatice se află în însăşi structurile noastre, în istoria lor atât de îndepărtată ca şi în cea mai apropiată de noi, în propria noastră istorie individuală şi în istoria tuturor acţiunilor negative semnificative sau mai puţin semnificative individuale şi ale mediului natural (fizic, chimic, biologic) ca şi a celui psihosocial care au acţionat diferenţiat asupra fiecărui subiect în parte, în raport cu care a acţionat conform propriei sale construcţii şi reactivităţi particulare biologice şi biopsihice, ideo-afective, conştiente şi inconştiente.*

Aşa cum subliniam mai sus medicamentele ca de exemplu clomipramina şi altele ca şi psihoterapia ameliorează metabolismul structurilor morfo-funcţionale cerebrale şi reflectoriu ameliorează simptomatologia neuropsihică care constituie sindromatica nevrozei obsesiv-compulsive. Interesant de semnalat că medicamentele antiobsesionale au o acţiune antiserotoninergică, că au deci un efect antagonist faţă de serotonină. Se cunoaşte că un nivel scăzut de serotonină

favorizează un nivel mai scăzut al controlului impulsurilor, după cum la fel serotonina inhibă comportamentele compulsive şi reduce ritualurile ca de exemplu ablutomania, tendinţa spre curăţenie etc. ca şi reducerea comportamentelor de evitare ce stau la baza acestei tulburări. De altfel activitatea serotoninergică explică după unii cercetători, inhibă comportamentele obsesionale necunoscute până nu demult ca de exemplu *tricotilomania* (tragerea, răsucirea compulsivă a părului) (Rapoport, 1991) şi *onicofagia* (roaderea unghiilor). În ambele afecţiuni clomipramina are aceeaşi acţiune asupra acestor comportamente compulsive, la fel ca cele din tulburarea obsesiv-compulsivă (Swedo, 1989 şi Leonard, 1992).

Ceea ce se deduce din cele de mai sus este că atât medicamentele menţionate ca şi psihoterapia clinică consecutiv ameliorării mecanismelor neuro-vegetative, endocrine-umoral-metabolice, inclusiv modificarea neurotrasmiţătorilor influxului nervos şi a receptorilor specifici, ceea ce determină o echilibrare a proceselor de excitaţie şi de inhibiţie cerebrală, cu reflectare optimală asupra proceselor de respiraţie şi de troficitate tisulară centrală sau/şi somatică. Pe de altă parte se pare că medicamentele specificate (de exemplu clomipramina) efectuează o leucotomie chimică ce se acţionează legătura cu lobul temporal anterior. Alţi autori afirmă că o creştere a nivelului serotoninei ar fi responsabilă de amendarea simptomatologiei obsesivo-fobice.

Datele contradictorii neuropsihofiziofarmacologice privind modul şi mecanismele de acţiune a unor sau altor metode terapeutice (medicamentoase, psihoterapeutice) se orientează doar asupra unui segment redus de explicaţii şi pierd din vedere procesele fundamentale de respiraţie celulară şi de troficitate care asigură optimumul de ansamblu al proceselor vitale, organice şi respectiv cele necesare şi vieţii psihice fără a concepe la modul reducţionist procesualitatea psihică. Precizăm însă că nu putem totuşi separa activitatea psihică primară şi superioară de substratul morfofuncţional cerebral şi de activitatea de integrare optimală de ansamblu a întregului organism.

În sprijinul afirmaţiilor de mai sus vine constatarea ameliorării tulburărilor psihice obsesiv-compulsive odată cu ameliorarea metabolismului structurilor cerebrale implicate în respiraţia şi troficitatea celulară cerebrală şi extracelulară, fie că perturbarea este de natură genetică, constituţională sau dobândită pe parcursul existenţei individuale în impactele sale diverse şi multiple cu mediul natural şi psihosocial.

Concomitent cu constatările privind neuropsihofiziologia tulburărilor obsesiv-compulsive s-au evidenţiat modificări privind memoria şi deficitul cognitiv care ar explica dominanta inertă care împiedică îndepărtarea ideilor obsesive. Schwartz şi colab. au reluat studii privind implicarea nucleului caudat în memoria implicită şi în memoria procedurală „inclusiv în deprinderea de noi abilităţi şi conchid că este firesc ca decondiţionarea („extincţia") simptomelor obsesiv-compulsive, aşa cum este realizată prin terapiile comportamentaliste, este însoţită de modificări funcţionale la nivelul capului nucleului caudat" deci la fel ca în terapia medicamentoasă care ameliorează metabolismul glucozei, mediatorilor etc.

x

x x

Expunerea datelor de mai sus ne duc la concluzia că - atât aspectele clinice, ecologo-epidemiologice, etiologice, neurofiziologice, psihopatologice complexe cât şi tulburările emoţionale, vegetative, motorii, senzitivo-senzoriale, de reactivitate biopsihică primară ca şi de reactivitate ideo-afectivă superioară şi acţional-compulsive, de conştiinţă şi de voinţă, de participare etiopatogenică a unor factori genetici sau dobândiţi pe parcursul existenţei individuale - se pare că toate sunt iniţiate, cel puţin la prima vedere, de perturbarea emoţională iniţială legată de formaţiunile predominant subcorticale (arhi şi paleopsihice) de care ţin în primul rând procesele primare emoţionale (cortexul orbito-frontal, girus cinguli şi complexul amigdaloid) în relaţie cu alte structuri cum sunt talamusul, lobul temporal, circuitul Papez, zonele asociative corticale, ca şi cele de integrare senzitivo-senzorială, cu acţiuni emergentive şi imergentive neuro-vegetative, emoţionale, endocrine, metabolic-moleculare (inclusiv mediatorii chimici), ca şi procesele umorale şi modificările până la nivelul molecular şi submolecular, precum şi influenţe de ordin emergentiv ce vin dinspre structurile profunde ale organismului cu outputuri intero-extero şi proprioceptive ca şi senzoriale şi endocrino-metabolice care prin intermediul aceloraşi mecanisme vegetative, umoral-metabolice şi endocrine, ce acţionează emergentiv pe calea sistemului biopsihic (arhi şi paleopsihic) primar, vor influenţa reactivitatea diversă multiplă în expresiile sale cantitative şi calitative ideo-afective superioare ca şi asupra nivelelor de conştiinţă şi de integrare spirituală. La baza tuturor acestor procese atât de variate şi complexe, aşa cum s-a văzut din datele obţinute prin aplicarea metodelor PET stau procese de perturbare al proceselor de oxidare şi troficitate celulară, care după opinia noastră nu se rezumă numai la modificările metabolismului glucozei, a tulburării schimburilor sanguine sau a modificărilor serotoninei ci sunt implicate toate mecanismele şi sistemele care asigură procesele de adaptare bio-psiho-socială a organismului în întregul său. Concomitent au fost evidenţiate tulburări de memorie, implicită şi procedurală, ca şi tulburări cognitive care ar justifica dominantele diverse emoţionale, ideative, afective şi volitionale, dominante inerte care se opun fenomenului de extincţie şi respectiv de decondiţionare a simptomelor obsesiv-compulsive.

Toate cele de mai sus, expuse detaliat - în măsura în care am dispus de unele informaţii obţinute prin explorările PET - ne-au condus la următoarele concluzii cu privire la fenomenele obsesiv-compulsive:

a) la nivelul structurilor subcorticale - care apar ca fiind cele mai fragile sau vulnerabile - prin cauze ereditare sau dobândite au loc fenomene de perturbare a proceselor de troficitate celelară (cortexul orbitofrontal, girus ciuguli, complexul amigdaloid etc.) în raport cu care cortexul cerebral se comportă ca un călăreţ încălecat pe structurile limbice, ca pe un cal fără frâu;

b) dată fiind poziţia centrală a acestor formaţiuni care ţin funcţia de turnantă biopsihică fundamentală între psihic şi somatic pe de o parte şi

întinderea, rolul şi semnificaţia lor particulară în reglările biopsihice, de integrare funcţională a inputurilor ca şi a outputurilor, de echilibru dinamic dintre procesele de apărare (preparatorii) în raport cu avalanşa fluxurilor aferenţiale emergentive şi imergentive, fac să crească hiperexcitabilitatea regiunilor implicate în etiopatogenia nevrozei obsesiv-compulsive, creşte gradul de incomodare şi de rupere de realitate cu toate incongruenţele ce pot decurge din această stare în plan afectiv, cognitiv acţional ideativ toate cu influenţe negative ideative, emoţionale şi acţionale asupra proceselor de integrare şi coordonare optimale neuropsihofiziologică;

c) toate cele de mai sus aduc în discuţie rolul constelaţiilor dominante în tulburările emoţionale care preced anticipativ tulburările obsesiv-compulsive;

d) dominanta ce se instalează va avea diverse configurări autonome, endocrine, umorale neurofiziologice şi psihice totodată. Incitaţiile abnorme de mediu interior sau exterior vor influenţa negativ funcţionalitatea dominantelor neuropsihofiziologice cu componentele lor subdominante de acompaniament vegetativ-emoţional, endocrino-metabolic etc., ceea ce va avea drept urmare scăderea tonusului psihologic, perturbarea relaţiilor dintre cortex şi subcortex, dintre structurile biopsihice inconştiente şi cele ideo-afective conştiente, ca şi dintre dominantele motorii, senzitive, senzoriale, vegetative, metabolice etc.

Înainte de a discuta despre unele probleme privind rolul dominantei neuropsihofiziologice în fenomenele obsesiv-compulsive va trebui să amintim că dominanta se constituie ca „o excitaţie suficient de stabilă, făcându-şi loc la un moment dat în centri, dobândeşte rolul de factor dominator în activitatea altor centri; ea acumulează excitaţiile din cele mai îndepărtate izvoare şi inhibă capacitatea altor centri de a reacţiona la impulsuri ce au raport direct cu aceşti centri".

Dominanta apare ca un sistem reflector care coordonează şi integrează în mod dinamic orientând efector şi anticipativ centrii nervoşi necesari desfăşurării fazice a activităţii cerebrale la un moment dat. Prin urmare dominanta implică o organizare ierarhică temporară în centrii nervoşi, în sensul că centrul dominant nervos atrage, obsoarbe excitaţiile dintr-o grupă de alţi centri nervoşi, acumulează aceste excitaţii străine şi intensificând excitaţia intradominantă, inhibă simultan reacţiile centrilor ale căror excitaţii le-a atras. Cu alte cuvinte dominanta include şi alţi centri nervoşi cu rol important în funcţionalitatea sa. Deci dominanta presupune o constelaţie de centri nervoşi subordonaţi centrului dominant, care organizează coordonează şi integrează dinamic, mobil distribuirea reciprocă intracentrală a proceselor de excitaţie şi inhibiţie asigurând astfel şi integrând unitar procesele de excitaţie intracelulară în centrii corticali, subcorticali, medulari şi spinali, în raport cu starea funcţională a acestor centri şi a organismului în întregul său. Un sistem dominant este pregătit şi poate primi excitanţi senzitivi, senzoriali, exteroceptivi, interoceptivi, metabolici, endocrini etc. În acest sens Uhtomski precizează că în aceste relaţii din interiorul dominantei „pot intra şi alţi centri foarte diferiţi între ei, atunci când reglează o anumită stare a unui organ oarecare sau a

organismului în întregime". Dominanta apare în opinia lui A. A. Uhtomski ca un „complex simptomatic" pe care l-a denumit cu termenul de „dominantă", „nume care subliniază faptul că *activitatea totală a centrilor se determină mobil prin locul în care, la un moment dat, se mută focarul predominant"*. Prin urmare dominanta este centrul care reglează, realizând interdependenţa, intercorelaţia interfuncţională a reacţiilor centrilor nervoşi în sistemul nervos central, asigurând prin mecanismele sale autoreglarea internă şi integritatea funcţională cerebrală în raport cu motivaţiile profunde ale întregului organism în momentul constituirii sale, iar „întărirea dominantei prin impulsurile străine, care au un rol atât de important în caracteristica ei, poate pregăti prin ea inhibiţia ei şi să o suprime" (A. A. Uhtomski).

Ceea ce considerăm important să semnalăm în legătură cu procesele de excitaţie şi inhibiţie, care stau la baza activităţii sistemului nervos este că inhibiţia şi excitaţia sunt două procese ce au acelaşi substrat morfo-funcţional - creierul, celulele nervoase -, că aceste două procese dinamice nu se pot separa - chiar în cazul unei singure celule nervoase - unul de altul, inhibiţia fiind, aşa cum spune Vvedenski, *nu* „ca o stare oarecare de paralizie, însoţită de încetarea totală a proceselor vitale în elementele subiacente, ci ca o stare de excitaţie specifică, o stare persistentă şi neoscilantă (sau care prezintă numai oscilaţii slabe, contrar excitaţiei obişnuite)". În acest sens un nerv, celulă sau un centru nervos aflat în stare de inhibiţie „se găseşte în acest timp în stare de excitaţie permanentă slabă" şi a devenit concomitent nereceptiv în raport cu alte excitaţii. În cazul dominantei prin absorbţia excitaţiei din alţi centri va creşte excitabilitatea în centrul dominant şi se va instala inhibiţia în centrii subordonaţi, dominanta fiind preludiul instalării fenomenelor de parabioză. Acest mod de funcţionare a dominantei explică de ce un acelaşi excitant, determină în interiorul dominantei reacţii reflexe diferite. Prin urmare acelaşi excitant exprimă simultan o relaţie între excitaţia dată şi centrul dominant iar pe de altă parte o altă relaţie între centru şi o constelaţie de centri care alcătuiesc dominanta. În acest sens este cunoscut că o pisică sau oricare alt animal, aflat în perioada rutului, se află sub imperiul unei *dominante genitale*, sub influenţa secreţiilor interne hormonale (*dominantă hormonală*) în care caz, orice alt excitant (de exemplu elementar cum ar fi zgomotul farfuriilor, mângâierea animalelor sau dimpotrivă aplicarea unor excitanţi intenşi şi chiar dureroşi) creşte intensitatea excitaţiei în centrul *dominant genital (hormonal)*. (Nu este deloc exclus ca *sado-masochismul* să-şi afle explicaţia psihoneurofiziologică în exemplul din urmă pe care l-am observat pe animal aşa cum l-am descris aici.) Acest „simptomocomplex" descris de Uhtomski, corespunde conceptului neurofiziologic de „rivalitate a centrilor" formulat de I. P. Pavlov.

O dată instalată dominanta poate persista în centri şi se poate restabili iar pe de altă parte dominanta „reprezintă un principiu normal activ al centrilor nervoşi şi că îi revine şi un rol esenţial în procesul de formare a unor noi reacţii faţă de mediu".

„Când aparatul genital - scrie în continuare Uhtomski - se găseşte în stare de excitaţie sub influenţa secreţiei interne, diferite excitaţii acţionează paralel pentru întărirea excitaţiei sale. O mulţime de motive noi şi neaşteptate, difuze, indiferente, devin acum excitanţi ai săi.

De aceea nu durează mult. Sfera excitanţilor întăritori se strâmtorează treptat şi se specializează. Din mulţimea noilor motive care acţionează, se vor fixa numai acelea interesante din punct de vedere biologic tocmai pentru aparatul genital respectiv, cu ereditatea şi istoricul lui. Astfel, dominanta va prinde din mulţimea de motive numai pe acelea care se vor găsi înrudite biologic. Şi aceste noi motive, întărindu-se, vor deveni excitanţi adecvaţi ai dominantei; în felul acesta noile motive vor apela aproape exclusiv la ea. Astfel, o mamă care doarme adânc în timpul unei salve de artilerie, se trezeşte la un uşor oftat al copilului". Aici este rolul dominantei de a reacţiona selectiv şi a fi pregătită anticipativ să acţioneze în raport cu focarul dominant inconştient cel mai adesea şi mai rar integrat la nivel conştient.

Dominanta presupune în funcţionalitatea sa o întreagă constelaţie de centri. „De exemplu - scrie Uthomski - în spatele dominantei genitale se ascunde excitaţia centrilor corticali şi subcorticali, bulbari şi din regiunile lombare ale măduvei, din sistemul glandelor cu secreţie internă sau din sistemul vascular. De aceea trebuie să presupunem că în urma fiecărei dominante naturale se realizează excitaţia unei constelaţii întregi de centri.

Într-o dominantă întreagă trebuie să deosebim în primul rând componentele corticale şi cele somatice. **Dominantele care au mai trăit odată se restabilesc în special prin componentele corticale. Restabilirea mai mult sau mai puţin completă a întregii constelaţii anterioare, corespunde dominantei precedente, face dominanta anterioară să retrăiască, fie sub formă de simbol redus(„amintirea" psihologică),** *cu excitaţii abia perceptibile ale muşchilor, fie sub formă de excitaţie difuză, cu toate fenomenele anterioare, vasculare şi secretorii.* În legătură cu aceasta, **dominanta anterioară se reface într-o măsură foarte redusă cu o inerţie foarte mică numai prin componentele cerebrale sau se reface cu întreaga ei inerţie anterioară, ocupând pentru un timp îndelungat activitatea centrilor şi scoţând din aceşti centri alte reacţii.**

Poate că aici se conectează concepţia freudiană despre rolul sexualităţii în etiopatogenia nevrozelor şi *semnificaţia funcţională* a simptomelor nevrotice. În fond S. Freud a fructificat lecţiile lui Charcot despre stările hipnotice efectuate asupra pacientelor isterice, a beneficiat de înţelegerea fenomenelor sugestiei şi rolul acesteia în nevroze din lecţiile lui Bernheim şi Liebault ca şi din experienţa lui Breuer - colaboratorul său privind dispariţia fenomenelor isterice după catarzisul efectuat prin destocarea amintirilor traumatizante infantile. Doctrina freudiană, fără a neglija particularităţile de reactivitate a substratului morfofuncţional cerebral în relaţiile negative cu mediul social ambiant, s-a centrat pe *noţiunile de inconştient şi respectiv de neuropsihofiziologia urmelor ce se deduce în mod implicit, de sexualitatea infantilă ca şi de sexualitate în general înţelese iniţial ca sinonime ale instinctului vital de conservare (v.*

Jung), de traumatismele, conflictele, fixaţiile şi regresiile care determină, atunci când sunt în stare dominantă latentă, inconştient perturbările echilibrului dinamic al psihismului. Teoria urmelor şi a organizărilor dominante ca principii universale de funcţionare a sistemului nervos permit subiectului încă din copilărie atunci când se edifică reactivitatea ideo-afectivă bazală să se bucure fie de satisfacţii uneori excesive sau de frustrări cu tendinţe sumative ceea ce duce la instalarea unei construcţe psihice (dominante) negative, cu regresii la un nivel libidinal anterior în care cerinţele individuale erau satisfăcute. Din această stare conflictuală intradominantă cu efect regresiv vor rezulta *nevrozele infantile*. Nevrozele care apar ulterior depind de stadiul în care s-a fixat dominanta şi respectiv fixarea dominantă. La adult edificarea şi instalarea cenzurii Supra-Eului elimină, refulează în inconştient pulsiunile sexuale infantile pe care le expediază în inconştient. Cerinţele principiului realităţii ca şi ca principiului plăcere-neplăcere generează stare de conflict intradominant care generează anxietate şi angoasă. Aceste sentimente de angoasă generează conduitele repetitive simbolice care să echilibreze conflictul din presiunile pulsionale şi apărarea Eului. Aceasta ar corespunde *elaborării* psihologice a conflictului, iar conduitele ritualice au ca obiectiv îndepărtarea angoasei pentru asigurarea siguranţei eului şi satisfacţiile pulsionale. Acesta este beneficiul primar, cel secundar constă în asigurarea de către persoane dar contribuie la fixarea simptomelor (aprud. Th. Lemperiere).

Mutarea centrului de greutate al dominantei către componenţii ei corticali, şi incapacitatea dominantei de a se stabili prin ei, este foarte netă în actele instinctive ... Excitabilitatea aparatului genital al mânzului încetează definitiv după castrare, dacă până la acea dată mânzul nu-şi începuse viaţa genitală. Dominanta genitală este pur şi simplu scoasă din viaţa animalului. Dar, dacă înainte de castrare avusese raporturi sexuale şi scoarţa a avut timp să le asocieze cu impresii vizuale, olfactive şi somatice, excitaţia genitală şi încercările de copulare vor apărea în apropierea unei iepe. Excitanţii endocrini ai dominantei au dispărut, dar ea poate restabili componenţii ei somatici numai pe cale nervoasă, reflexă, prin componenţii corticali".

În interiorul dominantei *starea de excitaţie* se caracterizează prin următoarele trăsături fundamentale ale dominantei aşa cum sunt expuse de A. A. Uhtomski:

1. *Excitabilitatea crescută* - determinată de calitatea excitantului aferent, care pentru „a ajunge în centrul viitoarei dominante" este necesar ca acesta să aibă un grad de intensitate compatibil cu pragul de excitabilitate a dominantei în curs de formare.

2. *Stabilitatea excitaţiei* - în sensul că excitaţia intradominantă iniţiată de impulsul aferent trebuie să fie constantă şi nu fugitivă, şi deci să fie capabilă să susţină reacţiile dominantei.

3. *Capacitatea de însumare a excitaţiilor*. Intensitatea capacităţilor dominantei de a influenţa reacţiile curente definite de intensitatea excitaţiei care se acumulează în ea. Această intensitate a excitaţiei intradominante depinde de capacitatea centrului dominant de a însuma excitaţiile succesive

care-i parvin din diferiţi centri. Cu alte cuvinte aparatul central al fiecărei dominante are o anumită capacitate de însumare pozitivă doar a acelor excitaţii care ca frecvenţă şi intensitate depind de capacitatea centrului dominant de a le prelua şi suma în raport cu pragul său de funcţionalitate. În caz contrar, fie că frecvenţa este mai mare decât capacitatea centrului de a-şi însuşi ritmul sau intensitatea depăşeşte cu mult pragul de excitabilitate a centrului, şi atunci dominanta se poate inhiba prin însumarea negativă a excitanţilor. La un prag mai scăzut sau cu cât excitabilitatea centrului este mai mare cu atât excitanţii slabi au o acţiune mai puternică. Cu alte cuvinte „... în nici un caz „intensitatea excitaţiei" din centru, ci tocmai „capacitatea de intensificare ulterioară" a excitaţiei sub influenţa impulsului care vine poate face ca centrul să devină dominantă" (Uhtomski).

4. *Inerţia* reprezintă capacitatea de menţinere a dominantei şi după încetarea acţiunii stimulului care a iniţiat-o. Inerţia se poate realiza când excitaţia dominantă se realizează după modelul „reflexelor în lanţ" în care caz lanţul nu se întrerupe fără intervenţia unui factor suplimentar (înghiţire, defecare, act sexual) care-i sprijină evoluţia, dar prin realizarea impulsului primar, îi pregăteşte descărcarea şi sfârşitul dominantei prin însumarea treptată a inhibiţiei şi acesta este şi mecanismul de *stingere internă a dominantei.*

În cazul în care „excitantul indiferent, care a devenit stimulent pentru dominantă, lasă în ea o urmă de lungă durată, datorită influenţei sale, manifestată printr-o impresionabilitate exaltată faţă de alte excitaţii întâmplătoare. Dacă stimulentul iniţial provoacă o excitaţie însoţită de apariţia substanţelor ce conţin la rândul lor excitaţia pe cale umorală ... procesul va avea inerţie. Probabil că, cu cât participă mai multe elemente nervoase la constelaţia dominantei, cu atât durează mai mult până ce se poate ea linişti, odată intrată în stare de excitaţie, cu atât va fi mai mare inerţia ei, şi cu atât mai îndelungată va fi influenţa ei asupra evoluţiei reacţiilor din organism" (A. A. Uhtomski). Se menţionează că excitaţiile puternice ce vin de la început se transformă în pessimus prin excitaţiile următoare şi ca rezultat nu mai are loc instalarea dominantei, deoarece centrul intradominant nu mai are posibilitatea sumării excitaţiilor aferente şi a intensificării lor ulterioare şi iradierii lor la centrii aflaţi în constelaţia dominantă.

Cu cât o dominantă este mai puternică, cu cât cuprinde în sistemul său constelativ mai mulţi centri, cu cât excitanţii aferenţiali au ca frecvenţă şi intensitate un corelativ optim cu starea de excitabilitate intradominantă, şi mai ales dacă excitanţii au caracter endocrino-umoral-metabolic mai îndelung exercitat asupra dominantei, cu atât dominanta devine mai puternică, mai tiranică, mai inertă, mai stabilă şi mai obsesivă şi mai ales dacă este susţinută tonigen şi prin factori adecvaţi cu rol excitant stimulativ cortical.

Stingerea dominantelor se realizează prin cel puţin patru modalităţi:

1. Dominanta se stinge prin act, prin epuizarea stării excitatorii efectuarea lanţului de reflexe ca în cazul „dominantei rutului". Această

modalitate de stingere a dominantei este *„finalul endogen"*. Este stingerea panloviană a reflexului.

2. Dominanta se stinge în cazul apariţiei unui alt centru dominant prin inhibarea excitanţilor din prima dominantă (*final exogen*). Aici este asemănarea cu inducţia orizontală a lui Pavlov.

3. O altă modalitate de stingere a dominantei este prin *atacarea „frontală"* prin mecanism cortical emergentiv care deşi este mai dificil de realizat, în particular atunci când este vorba de o dominantă vitală, totuşi cortexul o inhibă prin mecanismul compensaţiei.

4. O altă formă este cea a creşterii excitaţiei prin procese de autoreglare intradominantă, creşterea excitaţiei inhibând propriul centru. Autohipnoza până la catalepsie profundă a yoghinilor cu posibilitatea chiar de a fi îngropaţi şi apoi dezgropaţi şi readuşi la viaţă fiind din acest punct de vedere a acţiunii imergentive corticale un exemplu ilustrativ. În acest din ultim caz acţionează inducţia reciprocă verticală.

În orice dominantă intervine ca fenomen biologic fundamental *procesul de urmă* (reflexul de urmă), legea urmelor fără de care nu vom înţelege niciodată legile fiziologice ale sistemului nervos central, legile psihologice şi nici un fel de manifestare biologică în general.

Un caz particular de dominantă este reprezentat de *isteriozisul* studiat de Vvedenski în care caz creşterea frecvenţei excitaţiilor contribuie la instalarea *isteriozisului* şi nu la diminantă, în timp ce slăbirea intensităţii excitaţiei favorizează instalarea isteriozisului şi nu a dominantei. În opinia noastră asemenea fenomene contribuie la transformarea fobiilor în obsesii ca şi la metamorfozarea unor obsesii cu componentă psihogenă de tipul isteriozisului sau sub forma unor paroxisme larvate epileptice fără manifestare epileptică aşa cum isterezisul aminteşte de isterie.

În fine este de amintit faptul că dominanta constituie modalitatea de intrare în parabioză obţinută prin intoxicarea nervului cu fazele sale de egalizare, paradoxală şi ultraparadoxală, admise inclusiv de I. P. Pavlov.

Se cuvine deasemenea să luăm în considerare faptul că: „va trebui să considerăm procesele ireversibile ale urmelor în timp ca fiind produse din procese reversibile obişnuite şi constante staţionare. În acest domeniu ereditatea îşi spune neîndoielnic cuvântul.

Mecanismul urmelor acţionează şi în cazul dominantei şi în cazul reflexelor condiţionate şi în cazul fenomenelor refulate ale inconştientului freudian, ca şi în cazul fenomenelor psihologice obsesiv-compulsive. I. P. Pavlov spunea că condiţia esenţială „pentru formarea legăturii condiţionate constă în faptul că regiunea corticală aflată în stare de excitaţie puternică atrage spre sine toate excitaţiile existente din alte regiuni".

Pe de altă parte şi la Vvedenski, ca şi la Uhtomski, Pavlov sau Freud inhibiţia se constituie ca rezultat al unui conflict al excitaţiilor, ca o luptă şi tot inhibiţia, dar cea patologică, parabiotică se poate transforma într-un act de apărare, de economisire a forţelor în cazul epuizării disponibilităţilor energetice, inhibiţia însăşi fiind o stare particulară de excitaţie liminară locală parabiotică foarte stabilă, inhibiţie stagnantă, în care există *„un pessim pentru două unde puternice şi un optim de efect*

pentru două unde slabe" şi care ţine de *„un aspect special de inhibiţie şi însumare*". Fenomenul de parabioză stă la baza numeroaselor manifestări paradoxale sau ultraparadoxale întâlnite în neuropsihofiziologie inclusiv atunci când este vorba de nevroza fobică, obsesiv-compulsivă, de fenomenele halucinatorii sau delirante etc. Se cuvine deasemenea să menţionăm aşa cum precizează A. A. Uhtomski că „pe măsură ce se adânceşte parabioza trebuie să ne aşteptăm la mărirea categorică a conductibilităţii electrice, şi cu atât mai mult cu cât distrugerea parabiotică este mai aproape de moartea ţesutului".

x

x x

Aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus dominanta este legea fundamentală de integrare şi reglare neuropsihofiziologică, ea presupunând un centru dominant ce atrage ca un vacuum excitaţii din cele mai diverse zone ale sistemului nervos central de la nivelul cortexului până la centrii spinali, implicând în acelaşi timp antrenarea unor componente somatice, vegetative, endocrine, umorale şi metabolice, senzitive, senzoriale şi motorii, motivaţionale, de orientare, emoţionale etc. Legea fundamentală care stă la baza organizărilor dominante dinamice în sistemul nervos cu componentele sale somatice, motorii, senzitovo-senzoriale şi ideo-afective etc., este constituită de legea urmelor pentru organism în întregul său, pentru fiecare centru dominant ca şi pentru alţi centri implicaţi în constelaţia dominantă. Legea urmelor, care în ultimă instanţă ţine de structurile somatice şi cerebrale (deci de structurile biologice) este condiţionată de memoria biologică a speciei, indisociabilă de memoria biologică a lumii naturale ca şi a celei biologice şi bineînţeles de memoria ontogenetică a subiectului uman ca şi a fiecărei structuri morfofuncţionale începând de la nivelul celular şi până la organele şi subsistemele organismului, el însuşi considerat ca un sistem hipercomplex. Având înscrisă în structurile noastre legităţile lumii naturale şi respectiv ale lumii biologice pe care le cuprindem şi cărora în mod inconştient ne supunem activ prin procesele de asimilare şi acomodare adaptativă, avem totodată înscrise în structurile noastre capacitatea de anticipare reflectorie existenţială în raport cu mediul intern şi extern şi paternuri corespunzătoare de răspuns adaptativ flexibil la modificările atât de complexe ale ambianţei externe şi interne. Emanuel Kant scria în *Critica raţiunii practice* că fiecare senzaţie - şi am spune noi fiecare excitaţie - posedă capacităţi reflectorii anticipative. Acest fenomen este discutat deasemenea de C. Rădulescu - Motru în *Manualul de Psihologie*. Cel mai amplu studiu asupra reflectării anticipative a realităţii în structurile sistemului nervos central a fost realizat de către neurofiziologul rus - Anohin. Revenind la studiul dominantei lui Uhtomski vom sublinia că în strânsă orelaţie cu legea urmelor şi adăugăm noi şi de capacitatea de anticipare a realităţii se elaborează atât dominanta dar şi configuraţia constelativă de centri necesari realizării pregătirii efective a fenomenelor cu semnificaţie anticipativă care motivează iniţierea dominantei deci în raport cu necesităţile adaptative ale organismului în

întregul său. Starea de realizare a excitației intradominante ține în ultimă instanță de starea inițială a centrului pe care se organizează dominanta ca și de starea inițială a centrilor antrenați de dominantă în structura sa constelativă funcțional-adaptativă activă și prin urmare de integrare optimală a tuturor funcțiilor organismului în raport cu solicitările procesualității adaptative. Prin urmare inițierea dominantei nu ține doar de legea urmelor individuale ci de legea universală a urmelor în care este condiționată acțional-anticipativ întreaga lume biologică. Dominanta se realizează la acțiunea incitațiilor de mediu intern ca și de mediu extern și în raport de semnificația vitală adaptativă a acestor incitații care vor declanșa reacții în lanț preferențiale adaptative de la nivelul reacțiilor enzimatice protoplasmatice până la reflexele cele mai simple sau cele mai complexe ce țin de sistemul nervos central. Dominantele și constelațiile lor preferențiale cu potențialități anticipative în ansamblul procesualității adaptative au aferențe emergentive și imergentive simultane asigurând integrarea optimal diferențiată a subsistemelor organismului de la nivel cortical până la cel enzimatic și invers prin mecanismele de biofeedback și biofeedbefore, în acestă coordonare integratorie fiind antrenate numeroase subdominante.

Pe de altă parte există dominante corticale, dominante: senzitive, senzoriale, motorii, emoționale, vegetative, endocrine, umorale, metabolice etc. între diversele dominante stabilindu-se mecanisme de integrare și subordonare cu acțiune emergentivă și imergentivă inclusiv pentru dominantele ideo-afective. Toate dominantele prezintă caracteristicile de excitabilitate crescută, de stabilitate a excitației, capacitatea de a însuma excitația și inerția lor particulară. Cele mai stabile dominante sunt acelea care prezintă din punct de vedere al semnificației lor cea mai mare importanță pentru asigurarea proceselor vitale ale organismului. Din acest punct de vedere nu este lipsit de importanță să amintim că dominantele biopsihice au cea mai mare inerție cu atât mai mult dacă în constelația lor de centri funcționali incitațiile ce vin spre centrul dominant sunt de natură instinctiv-emoțională sau vegetativ-endocrină. Aceste dominante biopsihice care-și trăiesc viața și se sting apoi la nivelul structurilor subcorticale alcătuiesc în cea mai mare parte structurile noastre inconștiente cu distribuție difuză ascendentă spre cortex și spre structurile somatice și pot reînvia oricând motivațiile adaptative le cer participarea lor. Dacă ar fi să-l parafrazăm pe Gh. Marinescu am spune că prin aceste dominante vorbesc toți moșii și strămoșii noștri, și nu toți deodată, ci pe rând și în funcție de nevoile organismului, și am adăuga deasemenea că, prin intermediul lor vorbim despre noi fiecare în parte cu tot trecutul existențial individual și cu potențialitățile anticipative activator-facilitatorii de care dispune, diferențiat, fiecare subiect în parte.

Uhtomski n-a vorbit despre reflectarea anticipativă a realității atunci când și-a elaborat teoria despre dominantă totuși referindu-se la una dintre multele aspecte ale dominantei preciza următoarele: „Starea dominantei reprezintă întărirea și punerea în evidență a raporturilor existente ale excitațiilor centrale, atât în domeniul reacțiilor pozitive pe care le observăm, cât și în acela al inhibiției. În acest sens, *tocmai ea realizează*

sub forma unui mecanism, într-un anumit sens de acţiune (cu un anumit vector), raportul până acum puţin precizat al excitaţiilor din centri, care se pregătea direct în momentele precedente" (sublinierea lui A. A. Uhtomski).

Autorul precizează mai departe că: „În această „pregătire" pentru o anumită reacţie sau „tendinţă" la reacţie, ce se rezolvă prin excitaţii indiferente, reprezintă exprimarea dominantei, care la momentul respectiv este trecută asupra centrilor determinanţi. În aceşti centri, este la început atât de slabă, încât manifestarea ei externă corespunzătoare poate să nici nu se obţină în musculatură, până ce impulsurile indiferente vor începe să însumeze excitaţiile în aparatul „pregătit" şi vor pune în evidenţă importanţa lui dominantă în reacţia curentă" (A. A. Uhtomski).

În domeniul dominantelor se poate produce prin acumulare o sumare progresivă a excitaţiilor peste capacitatea funcţională a centrului dominant şi atunci aşa cum scrie V. Pavelcu: „Dacă impresiile acumulate nu sunt asimilate, consumate, lichidate, ele se sumează, umplând treptat „cupa", adică întrecând capacitatea de a suporta limita de rezistenţă a sistemului nostru nervos; cupa suferinţelor se revarsă, criza izbucneşte. Acest proces de tensiune crescândă, de acumulare a impresiilor devenite nocive, se leagă de un punct nevralgic, având o reacţie dureroasă faţă de orice excitaţie, oricât de uşoară ar fi ea; pragul sensibilităţii este atât de coborât, încât cea mai uşoară excitaţie trece cu uşurinţă peste acest prag. Suntem în faţa inerţiei exagerate a dominantei, sau în termeni pavlovieni, în faţa excitaţiei supraliminare, cauză a inhibiţiei supraliminare.

Ceea ce lasă indiferentă marea majoritate, loveşte adânc persoana sensibilizată, creând o dispoziţie anormală între excitaţie şi reacţie. Drumul spre neurastenie şi alte nevroze sau psihoze este astfel deschis" (Pavelcu, op. cit. p.320) (subl. ns. - M. Ş.).

Inerţia dominantei este conferită printre altele de diminuarea sau stingerea excitaţiei care, paradoxal creşte impresionabilitatea centrului dominant şi aici îşi găseşte fenomenul dubitativ oscilatoriu al psihastenicului. Exaltarea dominantei va creşte fenomenul de orientare şi concentrarea atenţiei, iar prin inerţia dominantei se explică dominarea fenomenelor obsesive intr-o constelaţie timetică încărcată anxios de constelaţia cortico-subcorticală.

Tot de fenomenele de parabioză se leagă problema însuşirii ritmului. Parabioza se produce nu numai prin excitaţiile supraliminare, dar şi prin incapacitatea centrului nervos de a prelua ritmul, frecvenţa excitanţilor ce-i vin spre centru şi aceasta nu numai din cauza deficitului activităţii substratului neuronal de a-şi reface reactivitatea energetică-metabolică în raport cu solicitările unor ritmuri particulare stării constelaţiei dominante în care se află ci din cauza persistenţei dominantei latente. Asimilarea ritmurilor ar însemna ruperea inerţiei, fenomen care presupune o funcţionalitate metabolică neuronală în ce priveşte troficitatea şi procesele de respiraţie celulară. Parabioza implică tocmai acest deficit fundamental funcţional moştenit sau dobândit şi reprezintă rezultatul ciocnirii conflictuale dintre excitanţi, a excitaţiei şi a inhibiţiei supraliminare.

x

x x

Dacă ne raportăm la studiile menţionate la începutul capitolului asupra dinamicii funcţionale a structurilor morfofuncţionale ale cortexului orbitofrontal, girus cinguli, amigdală ca şi asupra altor formaţiuni s-au putut constata, aşa cum au fost expuse datele aparent contradictorii în sensul că metabolismul glucozei apare în unele cercetări crescut, în altele apare scăzut şi deasemenea aceleaşi considerente privind circulaţia sanguină în acest sector. În ceea ce ne priveşte nouă nu ni se par deloc contradictorii aceste rezultate dacă luăm în considerare fenomenele paradoxale sau ultraparadoxale care apar în cazul parabiotizării funcţionale a structurilor cerebrale, sau dacă ne gândim la fenomenele de excitaţie şi de inhibiţie supraliminară din aparatele nervoase corticale şi subcorticale. Constatările de mai sus se corelează cu cercetările noastre clinice, efectuate înainte de 1989 pe un lot de peste 300 pacienţi cu sindroame anxioase, fobice sau obsesiv-compulsive la care curbele hipoglicemice la probele de hiperglicemie provocată au fost pozitive în proporţie de aproape 100%. S-a determinat în acelaşi timp nivelul insulinemiei pe un lot de 10 pacienţi şi s-a constatat o hiperactivitate pancreatică. Constatările noastre se corelau în acelaşi timp cu un consum excesiv de un fel de surogat de cafea la care se adăuga un consum cronic de medicamente antialgice, care pe lângă efectul algolitic, înlăturau senzaţia de foame şi somnolenţa care apăreau îndeosebi între orele 2-5 dimineaţa când se constata şi cel mai scăzut randament psihic şi profesional. Pe un alt studiu efectuat în aceeaşi perioadă s-a evidenţiat că salariaţii suportau incomparabil mai uşor stressul fizic (zgomot, iluminat, trepidaţii etc.) decât stressul psihic determinat de relaţiile negative interpersonale în echipele de muncă. Toate aceste excitaţii chiar dacă nu intense dar cu încărcătură semnificativă afectivă negativă şi repetate ritmic pe lungi perioade de timp, dimpreună cu influenţa toxică a substanţelor menţionate mai sus au dus la instalarea unor dominante afective cu tot cortegiul lor de centri constelativi corticali, somatici, vegetativi şi umoral metabolici care au agravat simptomatologia fobică sau obsesiv-compulsivă, au determinat apariţia atacurilor de panică, a anxietăţii intense, iar uneori a iritabilităţii şi chiar a agresivităţii. Toate acestea au determinat fenomene de dominantă afectiv-emoţională ca şi fenomene de parabioză funcţională, dintre care doar un singur caz a avut deznodământ fatal, fenomenele parabiotice trecând în stadiul de paranecroză şi respectiv de distrugere neuronală subcorticală.

Dominantele subcorticale predominant emoţionale se însoţesc de ample manifestări vegetative simpaticomimetice (ergotrope) şi parasimaticomimetice (trofotropice) dar care nu cuprind în mod corespunzător efectele clinice observate şi reunite sub termenul de „distonie neurovegetativă". Având în vedere relaţiile intercentrale şi intradominante dintre SNC şi SNV sub raportul relaţiilor dintre exicaţie şi inhibiţie şi a inervaţiei reciproce noi am constatat conform concepţiei lui Danielopoln fenomene de amfotonie, hipoamfotonie, vagotonie, simpaticotonie,

hipovagotonie şi hiposimpaticotonie, cu manifestări polimorfe viscero-vegetative ce se corelau cu dominanta emoţională anxioasă, influenţând totodată şi structurile intero- extero- şi proprioceptive, respectiv analizatorul tactil, optic, acustic etc. ca şi sistemul muscular în sensul unei tonicităţi crescute a musculaturii striate. Un alt element clinic întâlnit în dominantele emoţionale care stau la baza nevrozelor anxioase obsesiv-compulsive constatat de noi în stările anxioase la femei au fost manifestările de hiper sau hiposexualitate. Hipersexualitatea cea mai apropiată şi de creşterea acţivităţii instinctului de supravieţuire făcea dominanta emoţională obsesivo-fobică şi/sau compulsivă un simptomato-complex deosebit de rezistent având în vedere şi inhibiţiile de ordin social cu referire la natalitate, împrejurare care slăbea procesele corticale de inducţie negativă asupra dominantelor emoţionale, pe care în loc să le domolească le accentua şi mai puternic.

Din observaţiile clinice asupra dominantelor emoţionale care se instalează în general în nevroze şi respectiv în nevroza obsesiv-compulsivă, *considerăm în baza argumentelor expuse în acest capitol că teoria freudiană asupra celor trei instanţe ca şi mecanismele de apărare a Eului reprezentate de sublimare, refulare, formaţiunea reacţională, anularea retroactivă, izolarea, regresia, fixaţia, identificarea, conversiunea, apărarea contra afectelor, deplasarea afectelor, sunt mijloace conştiente şi inconştiente de luptă împotriva dominantelor patologice, de echilibrare conform principiului realităţii şi în sensul echilibrării reacţiilor de plăcere-neplăcere (suferinţă). Toate aceste mecanisme de aparenţă predominant psihologică au ca obiectiv de acţiune îndeosebi structurile arhi şi paleopsihice implicate în dominantele emoţionale ţintind, dacă este să ne exprimăm în termeni neurofiziologici la întărirea controlului intern la o stabilitate prospectivă prin eliminarea şi simplificarea noilor aferenţe şi prin facilitarea aferentelor noi în conformitate cu sistemele operante după noi, modele neuronale în concordanţă cu solicitările adaptative, tonifiind astfel controlul intern asupra dominantelor emoţional-afective. Acest control intern şi extern ar corespunde termenilor de „final endogen" şi respectiv de „final exogen" în terminologia utilizată de Uhtomski referitor la inhibiţia sau stingerea temporară a dominantei sau a reducerii excitaţiei sau inhibiţiei supraliminare în sensul concepţiei lui I. P. Pavlov, a reducerii nivelului psiholepsiei în accepţiunea lui P. Janet.*

Un alt aspect care merită în opinia noastră a fi discutat în legătură cu dominanta este că atât timp cât este activă cât şi după ce a fost stinsă ea îşi continuă activitatea şi poate în împrejurări date să fie readusă la viaţă. *În cazul dominanţei toate excitaţiile care sunt însumate în centrul dominant, nu rămân din punctul de vedere al semnificaţiilor care le poartă aceleaşi, ci, dimpotrivă sunt transformate, metamorfozate şi investite cu noi simboluri, cu alte semnificaţii şi valenţe reacţionale în raport cu structura dominantă, cu trecutul său şi cu valenţele anticipative pe care le configurează predominant inconştient.* Dominanta, indiferent de nivelul la care se organizează şi de formele diverse sub care se manifestă, prin structurile sale bazale şi în particular dominantele ce se articulează

constelativ pe structurile arhi şi paleopsihice vor avea influenţe operatorii anticipative care vor configura procesele de atenţie memorie, de conduită, de vigilitate, de tensionare afectivă, de explorare diferenţiată a ceea ce este plăcut sau neplăcut, favorabil sau nefavorabil în mediu şi de prefigurare a superstiţiilor, intuiţiilor etc. *De altfel nu se poate concepe activitatea cerebrală şi nici activitatea psihică fără această permanentă dinamică a dominantelor, acestea constituind constelaţii de centri cortico-subcorticali cu toate componentele lor somatice, vegetative, endocrine şi umorale-metabolice. În momentul în care relaţiile intercentrale intradominante şi interdominante se realizează pe un teren fragil moştenit genetic sau constituţional ori dobândit prin acţiunea unor factori predominant exogeni, instalarea dominanţei fiziologice poate deschide uşor drumul către parabioză şi atunci chiar excitaţii minimale ca intensitate şi optimale ca frecvenţă, prin sumare, devin excitanţi supraliminari cu reactivitate paradoxală sau ultraparadoxală şi de aici şi bogăţia de manifestări întâlnite în nevroza obsesiv-compulsivă.*

Ceea ce nouă ne apare ca particular de important în neuropsihofiziologia nevrozei obsesiv-compulsive este dinamica impresionantă a dominantelor ce se realizează de la nivelele primare biopsihice până la cele corticale, cu predominanţa dominantelor corticale, cu desfăşurarea lor fazică cortico-subcorticală, cu subddominante variabile care se înlocuiesc caleidoscopic, una pe alta complexificând şi decomplexificând expresiile clinice în baza unor grade crescute de libertate, ceea ce face ca însăşi diagnosticul clinic în cazurile paradoxale să fie deosebit de delicat şi de dificil. Fiind o dominantă complexă ideativă, afectivă şi acţională, sau fiind la diverse nivele simultan mai multe focare dominante contradictorii, având în vedere antrenarea în acest proces a „creierului visceral" şi a cortexului cerebral, ca şi a structurilor somatice, se creează la un moment dat disfuncţii între aspectele obsesive, compulsive şi afective, toate paradoxale în esenţa lor, ceea ce face din nevroza obsesiv-compulsivă forma cea mai chinuitoare de suferinţă psihică dintre toate nevrozele, îndeosebi atunci, când instalându-se şi starea hipnoidă psiholeptică, apar fenomene de ireal, sentimentul de depersonalizare, de incompletitudine şi de nesiguranţă acţional-existenţială, derutantă, dramatică şi uneori depresivă.

Dominantele care apar în tulburarea obsesiv-compulsivă au cu întreaga lor constelaţie de centri implicaţi dinamic în procesualitatea nevrotică intensităţi diferite pe parcursul desfăşurării procesualităţii abnorme obsesive. Cea mai mare intensitate o au dominantele determinate de sau cu componente vegetativ-endocrine şi îndeosebi acele dominante subcorticale în care sunt antrenate structurile hipotalamice şi prin intermediul lor sistemul endocrin. Tot atât de puternice dacă nu şi de o mai mare intensitate sunt dominantele cu predominanţă vegetativă. Şi într-un caz şi în altul întărirea vegetativă şi endocrină întăresc nu numai dominanta în ansamblu, dar îi conferă şi o mai mare inerţie, ceea ce face ca dominantele corticale să cheltuiască mai multă energie pentru a le subordona imergentiv, conflictualitatea interdominantă să fie mai intensă,

iar în unele cazuri tulburarea afectivă anxioasă sau angoasa să nu poată fi stăpânită atât de uşor, îndeosebi atunci când este vorba de un atac de panică, în care conflictualitatea interdominantă cortico-subcorticală a atins un punct maxim. În genere se poate afirma că în ce priveşte inerţia şi respectiv forţa unei dominante, aceasta este cu atât mai puternică cu cât centrul dominant şi constelaţia de centri subdominanţi sunt mai apropiaţi de funcţiile vitale şi respectiv se edifică pe structuri morfo-funcţionale mai vechi filogenetic ca şi ontogenetic şi respectiv mai apropiate de instinctul de conservare.

Pe de altă parte dominantele obsesiv-impulsive în raport cu cele menţionate mai sus sunt mai uşor de stăpânit de formaţiunile dominante corticale în desfăşurarea fazică, ondulantă, de alternanţa conflictuală cortico-subcorticală, având în vedere că actul ideo-motor este mai nou şi filogenetic ca şi ontogenetic şi mai uşor de controlat de către instanţele dominante corticale.

Raportându-ne tot la dominantele afective ce ţin de structurile subcorticale amintite la începutul acestui capitol nu vom pierde din vedere unele explozivităţi comportamentale ideo-afective şi acţionale chiar în cazul nevrozei obsesiv-compulsive, atunci când dominanta afectivă-vegetativă şi endocrină subcorticală cuprinde în constelaţia sa structuri cu orientare intensă de apărare şi agresivitate, cunoscut fiind că agresivitatea apare filogenetic mai târziu în raport cu mecanismele de apărare vegetative, endocrine şi umorale.

Ar mai fi de amintit că starea de conflictualitate interdominantă, ce se desfăşoară atât pe verticală cât şi pe orizontală la nivel intracentral sau în relaţie cu ansamblul sistemelor subordonate este necesar să amintim că fenomenele fazice, ondulatorii nu se raportează numai la relaţiile conflictuale fazice interdominante ci şi la fenomenele fazice care se petrec în însăşi interiorul fiecărei dominante aflate în stare concurentă, de ciocnire conflictuală adoptativă sau dezadaptativă funcţional. Aceste fenomene oscilatorii intradominante au un aspect, dacă putem să-l denumim astfel, de complementaritate funcţională, în sensul că în orice dominantă există în stare latentă o altă dominantă calitativ diferită cu sens contrar şi pentru care un excitant nou, se instituie ca un factor declanşantor, provocat chiar în mijlocul desfăşurării activităţii dominante date. Aici se plasează neurofiziologic după părerea noastră fenomenul de oscilaţie, de îndoială, de ruminaţie etc., care caracterizează procesualitatea obsesiv compulsivă. Cu acest mecanism de complementaritate a activităţii în centrul unei dominante, se poate explica fenomenul compulsiv de defenestrare de exemplu şi oprirea sa la mijlocul acţiunii. Poate că aici găsim inclusiv explicaţia faptului că obsesiile impulsive nu se realizează practic decât doar în mod excepţional totul consumându-se pe plan mintal. Aici intervine, în particular în dominantele cu componentă somatică fenomenul de Bahnung, adică a unui „reflex de somare", cum spune I. P. Pavlov sau „o stare dominant latentă şi constantă a reacţiei de apărare" aşa cum se exprimă P. Anohin şi cum concluzionează acelaşi autor că acest tip de reacţie este „o proprietate importantă a SNC: *faptul interschimbării*

ondulatorii a stărilor dominante a semnului biologic opus în cursul unei aceleaşi experienţe" (subl. lui P. Anohin). Acest fenomen de complementaritate, fără a avea în vre-un fel intenţia unei extrapolări reducţionist-biologizante, se observă şi în acţiunile compulsive dar şi în obsesiile ideative ca şi în reacţiile vegetative de tip amfotonic, deci în toate componentele care caracterizează tulburarea obsesiv-compulsivă.

Chiar şi atunci când dominanta trece spre parabioză - fenomenul de complementaritate, de excitabilitate într-un câmp inundat de inhibiţie, acţionează în sens de apărare, fără de care nu ar fi posibil răspunsul paradoxal sau ultraparadoxal la acţiunea unui excitant.

Consumul diferit de energie în dominantele diverse, toate active, deci toate în stare de excitaţie şi simultan conflictuale - este deosebit de intens, iar menţinerea acestui conflict cu evoluţie fazică, ondulatorie, cortico-subcorticală, se resfrânge şi antrenează inevitabil inclusiv componentele somatice (vegetative, endocrine şi umoral metabolice). Această dinamică simultan conflictuală a dominantelor ideative, afectiv-emoţionale şi compulsiv acţionale, privite ca forţe (excitanţi) conflictuale în planul reacţiilor şi interrelaţiilor funcţionale intracerebrale, orizontale şi verticale, atât la nivel cortical cât şi subcortical şi evident şi la nivel somatic la diverse nivele, determină în ultimă instanţă, alternativ, epuizări energetice, care merg de la nivel cerebral până la nivel endocrino-vegetativ, metabolic-molecular. Această conflictualitate a dominantelor cu desfăşurare fazică ondulatorie şi simultan contradictorie, creează pentru fiecare subiect în parte anumite stereotepii dinamice la rândul lor, cu alte ritmuri de activitate şi cu reacţii anticipative diferite, diverse şi contradictorii care se reflectă în simptomatologia clinică atât de diversă, contradictorie şi complexă a nevrozei obsesiv-compulsive manifestată atât la o examinare secvenţială cât şi longitudinală.

Toate aceste particularităţi ale dinamicei dominantelor cortico-subcorticale conflictuale cu desfăşurare fazică, ondulatorie cu predominanţa uneia şi subdominanţa alteia, nu înseamnă că o formaţiune subdominantă este „paralizată" ci se află încă în stare de excitaţie şi respectiv de conflict între excitaţii de diverse intensităţi, care în momentul unei motivări mai puternice se va instala cu întreaga sa constelaţie de centri, prin însăşi procesualitatea fazică normală, în centru cu valoare dominantă şi cu o configuraţie simptomatologică orientată în alt segment simptomatologic obsesiv-compulsiv.

Aşa cum subliniam mai sus, rolul de placă turnantă în această desfăşurare fazică, ondulatorie a dominantelor conflictuale din orice nevroză şi în mod particular îndeosebi pentru nevroza obsesiv-compulsivă, îl deţin lobii frontali şi structurile profunde subcorticale - sistemul limbic cu toate componentele şi conexiunile sale morfo-funcţionale în condiţiile în care cortexul cerebral - poate interveni în formarea şi reformarea dominantelor cortico-subcorticale în aşa măsură încât să asigure mecanismele şi sistemele neuropsihofiziologice fundamentale de integrare şi activare adecvată, fazică şi ondulatorie cerebrală prin antrenarea facilitatorie a formaţiei reticulate, talamusului, hipotalamusului ca şi a altor

structuri integratorii cerebrale şi psihice care permit păstrarea echilibrului adaptativ-defensiv pe toată verticalitatea în sistemul nervos central ca şi în reglările psihice conştiente şi inconştiente, între Eu şi SupraEu, şi respectiv să se păstreze în limite la interferenţa cu normalitatea mecanismelor optimale de asimilare şi acomodare adaptativă biologică, psihologică şi socială.

Diagnosticul diferenţial al nevrozei obsesiv-compulsive în raport cu sindroamele obsesionale simptomatice

Sindroamele obsesionale simptomatice mai mult sau mai puţin severe se întâlnesc în: melancolie, schizofrenie, epilepsie, encefalită epidemică, presenilitate, procese expansive intracerebrale, puerperalitate, traumatisme cranio-cerebrale etc. Fenomenul obsesiv, poate să reprezinte un simptom, un ansamblu de simptoame, sau un sindrom, un episod morbid global sau pasager, un ansamblu de tulburări caracteriale sau o structură particulară de personalitate, fenomene care vin în interferenţă cu aproape toate sindroamele psihice precum şi cu psihosindroamele organice.

Obsesie şi melancolie

Relaţiile dintre obsesie şi depresie au fost semnalate în lucrările clasice consacrate nevrozei obsesivo-fobice, însă studiul lor adecvat este de dată relativ recentă. În acest sens, C. Rosenberg (1968), studiind complicaţiile nevrozelor obsesionale pe un lot de 144 bolnavi obsesivi, a relevat că 34% dintre bolnavi au fost trataţi pentru episoade depresive. A. J. Lewis (1966) remarcă în majoritatea nevrozelor obsesive, prezenţa antecedentelor sau a simptomelor actuale depresive. E. Kingelen (1970) pe un număr de 91 bolnavi obsesivi găseşte simptomatologia depresivă în număr de 20% din cazuri. S. Rachman (1980) abordând studiul relaţiei dintre obsesie şi depresie, pe un număr de 83 bolnavi obsesivi constată că dintre aceştia 55% n-au acuzat simptome depresive niciodată de la debutul suferinţei lor nevrotice. A. Wilner şi colaboratorii (1976) înregistrează că la 38% dintre bolnavi obsesiile au constituit simptomele de debut a depresiei, în timp ce depresia a determinat în 11% cazuri apariţia manifestărilor obsesive. Tulburările obsesive, după aceşti din urmă autori, în cazul că sunt determinate de depresie au prognosticul clinic îndepărtat, cel mai favorabil, comparativ cu obsesiile care determină secundar manifestărilor depresive.

J. Guyotat şi J. L. Terra (1967) remarcă acţiunea pozitivă a antidepresivelor triciclice şi IMAO asupra unor sindroame obsesionale ca şi asupra unor forme de psihoze paranoice. Gayral, Vidal, Geisman au relevat deasemenea acţiunea favorabilă a medicaţiei antidrepesive asupra sindroamelor obsesionale. Din literatură, şi respectiv din practica asistenţei psihiatrice, sunt cunoscute cazuri de nevroză obsesională care nu reacţionează favorabil la antidepresive. Dacă luăm în considerare şi cazurile de nevroză obsesivă care n-au prezentat niciodată decompensării depresive, atunci problema care se pune din punct de vedere etiopatogenetic este aceea a existenţei unor tipuri biochimice diferite cu tablouri clinice comune.

Această incertitudine determină, în consecință, necesitatea abordării prudente a relațiilor dintre obsesie și depresie ca și formularea diagnosticului clinic cu rigoarea corespunzătoare îndeosebi în decompensarea psihotică de tip melancolic a tulburării obsesiv-compulsive.

În literatura psihiatrică se descrie ca mai puțin frecventă, o formă obsesională a melancoliei îndeosebi la personalitățile de tip ciclоid, cu incidență mai frecventă mai ales în presenilitate și în care ansamblul de idei delirante de nedemnitate și damnare se însoțește de sentimente acute de anxietate ce se prezintă sub forma unor obsesii ideative, fobice, de autoacuzare și îndoială, dar mai ales ca obsesii-impulsii, dintre care cele mai frecvente sunt monosimptomatice, ca de exemplu: teamă de sinucidere, cu luptă acerbă anxioasă și uneori tentative autolitice; teamă de îndeplinirea unor acte delirante generate de tematica atagnantă obsesivă și autoacuzatorie. Melancolia de involuție poate uneori lua aspect dominant delirant obsesional chiar dacă senilitatea scade fenomenul obsesiv. În cursul accesului melancolic, ideile obsedante apar cel mai adesea la debutul bolii realizând un veritabil simptosemnal și sunt mai puțin frecvente la sfârșitul accesului. În unele cazuri depresia poate oscila între melancolie și o nevroză depresivă cu structură obsesională. În melancolie obsesiile au un caracter mai concret decât în nevroza obsesională iar ca fundal ele apar și se manifestă în ansamblul tabloului clinic particular melancoliei. Melancolicul spre deosebire de obsesivul nevrotic compulsiv este mai puternic impresionat și aderă obsesiv-compulsiv cu mai mult la durerea morală. S-a remarcat, de asemenea, că la același bolnav melancolic în cursul mai multor accese temele obsesionale pot fi identice atât la debutul cât și la sfârșitul bolii. De remarcat, de asemenea, posibilitatea ca un obsedat să prezinte decompensări psihogenetice acute de tip melancolic și atunci cercetarea clinică se va completa cu o minuțioasă anchetă a personalității premorbide, a anturajului și a eredității similare sau disimilare. La bolnavul obsesiv cu manifestări depresive intense și cu fenomene autoacuzatorii, se constată că tonalitatea depresivă apare grefată pe structura obsesiv-compulsivă păstrând totodată nucleul obsesiv-compulsiv transformat delirant.

Remarcăm, de asemenea, îndeosebi pentru nevrozele obsesionale cu determinism predominant endogen, caracterul evolutiv fazic, episodic, pe de o parte, ca și simptomatologia depresivă de acompaniament a fenomenologiei clinice obsesive. În cazurile unor recidive la asemenea personalități starea depresivă poate fi, de cele mai multe ori, deosebit de marcată, însă nu vom constata elementul delirant autoacuzator, ca la melancolicul veritabil, nu se va remarca ruptura, deplasarea personalității pe trăirea depresivă ca în melancolie, iar în ansamblul configurației clinice simptomatologia dominantă pe fundalul căreia se desfășoară fenomenul depresiv va fi cel obsesional-compulsiv, episodul depresiv melancolic păstrând continuitatea nuclearității centrale obsesive. În asemenea cazuri cu evoluție fazică sunt șanse multiple de a confunda o nevroză obsesională gravă cu un psihosindrom depresiv melancolic. Cercetând atent particularitățile premorbide ale personalității vom constata trăsăturile ciclotime sau ciclоide în psihoza maniaco-depresivă și pe cele predominant

compulsive în nevroza obsesională, chiar dacă cele din urmă se împletesc cu cele ciclotimice, constatare care aduce informaţii utile diagnosticului. Pe de altă parte decompensarea melancolică la un obsesiv nu are caracterul de ciclicitate şi periodicitate evidentă şi particulară melancoliei. În aceste cazuri în care în familiile bolnavului vom găsi antecedente similare atât obsesivo-fobice cât şi de tip maniaco-depresiv, sau disimilare de tipul unor alte psihoze predominant endogene, ca de exemplu schizofrenie, parafrenie, paranoia etc., atunci diagnosticul devine dificil din punct de vedere etiopatogenic şi ca urmare rămâne din punct de vedere clinic, drept criteriu fundamental, evidenţierea discernământului în nevroza obsesiv-compulsivă şi lipsa acestuia în cazul psihozei pe de o parte, iar pe de altă parte, tranşantă devine urmărirea în dinamică a evoluţiei clinice pentru fiecare caz în parte. Diferenţierea devine şi mai dificilă în acele cazuri în care obsesiile au caracter periodic şi monofobic-obsesiv, şi mai ales atunci când manifestarea lor este periodică la fel ca şi a melancoliei (autoacuzare şi îndoială).

Obsesie şi scizofrenie

Stranietatea unora dintre manifestările nevrozei obsesiv-compulsive impune în mod necesar diferenţierea atentă dintre psihastenie, nevroza obsesiv-compulsivă şi domeniul atât de variat şi polimorf al manifestărilor clinice ale psihozelor schizofrenice.

Există deasemenea acel clivaj intrapsihic în nevroza obsesivo-fobică între voinţă şi conştiinţă când datorită încordării mintale voinţa suferă un proces de cataleptizare, bolnavul este atât de încordat psihic încât pierde aptitudinea de a cumuta activitatea psihică în acţiune sau nonacţiune. În asemenea situaţii de clivaj între voinţă pe de o parte şi conştiinţă şi aptitudinea de a acţiona pe de altă parte, se constată în cursul ruminaţiilor mintale, deasemenea atunci când sentimentul de incompletitudine devine paralizant, când funcţia realului şi alterarea coeficientului de realitate este atât de puternică încât pacientul obsesiv nu poate să se mobilizeze pentru exercitarea unor acţiuni şi oscilând mereu nu se poate mobiliza şi nu poate acţiona cu promptitudinea voluntară necesară. Neîncrederea, îndoiala, nehotărârea pacientului obsesiv, sentimentul permanent de incertitudine şi de provizorat determină stări de maximă încordare, iar uneori datorită procesului epuizant starea afectivă are valenţe de coşmar, bolnavul asistând blocat în faţa propriilor sale sfâşieri interioare, epuizat şi oscilând între „da" şi „nu", ca într-o stare de paralizie psihică constatată de o conştiinţă paradoxal de lucidă şi care n-a putut fi atinsă de fenomenul disociativ, destructiv ca în schizofrenie, deoarece procesele de semnificare cu care operează conştiinţa sunt păstrate, însă doar blocate, vidate, incapabile să se conecteze şi să se mobilizeze. În asemenea situaţii de incapacitate acţională, de dominantă psihologică puternic descendentă, sau regresivă, pacientul nu găseşte o altă soluţie, decât pe cea a izolării faţă de lume, izolare dublată de un dramatic strigăt interior de disperare anxioasă,

Toate cele de mai sus, alături de fenomenele de derealizare şi de depersonalizare, impun în mod necesar diagnosticul diferenţial cu

schizofrenia având în vedere clivajul ce se produce în cazurile grave între voinţă, conştiinţă şi aptitudinea de a acţiona particular nevrozei obsesive şi diferit totodată de fenomenul disociativ ideo-afectiv, ca şi de disociaţia intranoetică particulară schizofreniei.

Amintim că la debutul schizofreniei pot fi întâlnite obsesiile-simptom sau sindromul obsesional simptomatic, care apare în afara unui teren premorbid predispozant pentru configurarea clinică obsesiv-compulsivă. Maniera în care bolnavul de schizofrenie reacţionează ideo-afectiv faţă de obsesie poate încă de la debut evoca diagnosticul: lupta împotriva obsesiei este absentă, temele obsesionale sunt vagi, nebuloase, metafizice, rapid extensive, de scurtă durată, bolnavul prezintă bizarerii, depersonalizare, fenomene delirante, ritualurile sărace, nemotivate, sunt apragmatice sau dacă se afirmă o motivaţie, acestea este de natură autistică, xenopatică, disociată, bizară, afirmată dar nesusţinută şi neargumentată. Pe de altă parte, are loc o fixare stereotipă a obsesiei, o atitudine afectiva rece faţă de obsesiile sale cu indiferenţă şi detaşare de conţinutul ruminaţiilor mintale, îndeosebi ipohondriac sau sexual, sau, uneori, cu reluarea continuă, stereotipă şi monotonă a ideilor delirante, metafizice, sociale, morale, sexuale etc. nesistematizate, afirmate dar nesusţinute, însoţite de apragmatism, de absenţa fondului mintal obsesional şi respectiv nerecunoaşterea iraţionalităţii fenomenului obsesiv, obsesiile fiind considerate că vin din afară şi nu aparţin propriului Eu ca în nevroza obsesivă, ceea ce permite tranşarea diagnostică şi afirmarea schizofreniei, cu atât mai mult cu cât *bolnavul nu luptă împotriva tematicii obsesive, ci o priveşte cu detaşare*. Eul bolnavului schizofren a epuizat capacitatea de a lupta cu fenomenele obsesionale şi în acelaşi timp au căzut barierele psihice în faţa invaziei psihotice delirant-halucinatorii.

E. Bleuler afirma că în spatele unor cazuri de fenomene obsesive stau, în realitate, schizofreniile latente, atipice. Sindroamele obsesive atipice de obicei, au o evoluţie mai îndelungată cu simptome atât din seria obsesivă cât şi din seria schizofrenică. De aceea unii autori le-au încadrat în cazurile limită (borderline). Însăşi denumirea unor astfel de cazuri este diversă de la un autor la altul. În acest sens unii psihiatri etichetează asemenea cazuri cu termenul de nevroze obsesionale grave sau maligne. (Carp), forma pseudo-schizofrenică a psihasteniei (Delmas-Marsalet), psihoza obsesională cronică sistematică (Jabrreis), fie schizofrenie pseudonevrotică etc. Toate aceste aspecte apar în nevroza obsesivă, deoarece stranietatea perturbării nevrotice este atât de intensă, de stabilă şi de severă incât uneori tabloul clinic este aproape de sau se identifică cu schizoidia pronunţată sau cu schizofrenia propriu-zisă. Pe de altă parte, debutul trenant al schizofreniei cu evoluţia iniţială sublinică, latentă relevă că în timp ce la obsesiv lupta se face împotriva a ceea ce-l constrânge pe bolnav din interiorul propriului Eu, în schizofrenie este vorba nu de o luptă cu ceea ce bolnavului îi apare ca venind din exterior şi ca atare obsesia nu se va confunda cu sindromul de acţiune exterioară. În aceeaşi ordine de idei, obsesivul fiind un leptosom şi un introvertit în general, având trăsături tipologice apropiate de schizotim sau schizoid a putut, de asemenea, fi

confundat cu bolnavul de schizofrenie, cu atât mai mult atunci când în nevroza obsesivă apare depersonalizarea, şi când izolarea şi închiderea în sine din spaimă în faţa vieţii a obsesivului se poate confunda cu autismul bolnavului, disociat ideo-afectiv, schizofren.

Nevrozele obsesive grave, cu evoluţie îndelungată şi agravare manifestă au putut fi confundate cu schizofrenia datorită invalidării sociale a pseudoalienării şi tendinţei la izolare cu suferinţele sale mute şi profunde ca în cazul apariţiei unor obsesii grave, cum este cazul obsesiilor propriului corp etc. Subliniem, de asemenea, ca element clinic distinctiv, fundamental, dintre nevroza obsesivă şi schizofrenie lupta conştientă împotriva fenomenului obsesiv pe de o parte şi perturbarea sentimentului realităţii trăită angoasant la obsesiv şi indiferenţa stranie la absenţa sentimentului realităţii la schizofren pe de altă parte. Dar, aşa cum subliniază K. Schneider, ceea ce este caracteristic bolnavului obsesiv este dorinţa sa de a fi ajutat, spre deosebire de schizofrenul care deşi poate avea obsesii delirante prezintă refuzul de a fi ajutat şi mai ales prezintă indiferenţă faţă de solicitările anturajului. Observarea în dinamică a bolnavilor de schizofrenie la care apar în ansamblul tabloului clinic fenomene obsesive supraadăugate, a dus la constatarea că în cazul unei evoluţii, îndelungate aceşti bolnavi nu demonstrează o structură obsesională veritabilă, nemiloasă şi nu ajung la înstrăinarea afectivă de tip schizofrenic sau la parademenţă afectivă, aşa cum este cunoscută în literatura de specialitate. K. Schneider consideră, de asemenea, că: „... nu putem distinge prea bine primele stadii ale unei schizofrenii de o stare obsesivă" deoarece, aşa cum s-a constatat, există familii de obsesivi în care s-au evidenţiat atât personalităţi ciclotime cât şi bolnavi de schizofrenie, ceea ce ar corespunde, de asemenea, şi criteriilor tipologiei kretschmeriene în conformitate cu care obsesivii ar aparţine şi s-ar recolta atât din rândul personalităţilor ciclotime ca şi a celor schizotime. Această constatare tipologică se adaugă în plus ca dificultate diagnostică între nevroza obsesiv-compulsivă şi schizofrenie. În acelaşi sens se pare că pledează studiile genetice familiale ale lui Luxemburger. Ceea ce se cuvine să menţionăm, de asemenea, este că bolnavul obsesiv are în cazul reprezentărilor obsesive conştiinţa critică a caracterului lor iraţional dar nu străin Eului şi personalităţii sale; că obsesia fie că apare ca idee repetitivă, imagine sau afect, este resimţită sau respinsă ca un corp străin şi straniu, neliniştit şi respingător infiltrat în câmpul conştiinţei bolnavului, corp străin pe care nu-l poate accepta şi împotriva căruia luptă, ca atare, prin toate forţele sale, mobilizat de o anxietate şi tensiune afectivă negativă centrată pe elementul patogen invadant intrapsihic, indezirabil, dificil de controlat şi de înlăturat totodată.

Green raportându-se la formele clinice la limită cu schizofrenia, nota următoarele caracteristici psihopatologice:

„- un potenţial evolutiv crescut, cu reducerea globală a activităţii, funcţionarea obsesională a gândirii la un mod evasipermanent";

„- componentă psihastenică importantă cu incapacitate psihică, abulie, depresie";

„- pasivitate în faţa invaziei obsedante, dispariţia frecventă a angoasei, mecanizarea comportamentului";

„- sentiment de depersonalizararea invadator, comandând la o rigiditate protectoare din ce în ce mai mare, pentru a evita orice variaţie generatoare de depersonalizare";

„- tulburarea contactului cu repliere pe sine";

„- uneori, fără a atinge această disociaţie a eului, se poate găsi în faţa formelor cu activitate proiectivă importantă, mai mult sau mai puţin apropiată de delir. Obsesiile cedează de a mai fi criticate, conţinuturile pierd din supleţea lor iar rigiditatea ia alura convingerii delirante".

O altă eventualitate care se poate lua în considerare este decompensarea psihotică schizoformă, eventual cu tablou clinic disociat şi delir primar, care poate masca evolutiv o stare nevrotică obsesională. Această stare psihotică ce poate apare ca un bufeu delirant, halucinator, are durată scurtă şi evoluţie în pusee.

Se citează deasemenea stări psihotice disociative care survin rar la psihastenici după o îndelungată evoluţie nevrotic obsesională (Claude şi Micoud).

Simptomele obsesionale pot surveni, de asemenea, şi în schizofreniile paranoide cu evoluţie îndelungată, unde se însoţesc de o marcată disociaţie ideo-afectivă de tip solipsist-autist, paranoidism sau disnoidism şi negativism, şi care se pot exprima clinic printr-o simptomatologie în două registre diferite şi distincte. În alte cazuri însă, chiar o nevroză obsesională poate să evolueze în mod grav către o stare de depersonalizare pronunţată însă nu se va constata simptomatologia clinică a procesualităţii psihotice schizofrenice.

În fine se mai constată că după un debut şi o evoluţie psihotică netă, simptomatologia obsesională poate rămâne ca o „cicatrice" a unei cvasi-vindecări a psihozei, de durată nedeterminată şi care permite o oarecare inserţie fragilă socio-profesională şi familială. Această eventualitate apare mai curând, în unele cazuri, ca o stabilizare sau ca o remisie cu defect obsesiv al psihozei discordante şi care permite o adaptare socială relativ satisfăcătoare pe o durată de timp, de obicei scurtă, în absenţa tratamentului de susţinere.

Obsesie şi epilepsie

Mulţi autori au atras atenţia asupra relaţiilor dintre comiţialitate şi în particular dintre epilepsia temporală şi sindromul obsesional. Printre aceşti au fost P. Janet, Clérambault, Baruk ş.a. Au fost descrise şi se cunosc din clinica epilepsiei în mod particular aurele pre-obsesionale şi aritmomania epileptică, notându-se şi o anume balansare de tip obsesie-epilepsie. Pretează uşor la confuzie tulburarea cunoscută sub denumirea de „ gândire forţată" a lui Jackson care apare în ansamblu simptomatic al epilepsiei temporale şi simptomatologia ideo-afectivă de tip obsesional, însă relaţia între ele nu este lămurită satisfăcător. Probabil intervine aici automatismul mintal, dar de tip paroxistic. Ceea ce apare ca aparţinând epilepsiei pe de altă parte este faptul că *obsesiile epileptice sunt fugitive, au*

caracter paroxistic, nu au semnificaţia unei compulsii obsesionale, iar cazurile de gândire forţată în sensul lui P. Janet, nu prezintă manifestări electroencefalografice de tip comiţial. Sunt totuşi bolnavi de epilepsie care intercritic pot prezenta un sindrom nevrotiform obsesional - compulsiv şi la care traseul electro-encefalografic şi terapeutica tranşează diagnosticul, dacă n-a avut loc o normalizare forţată a traseului EEG prin cronicizarea epilepsiei.

O problemă mult discutată este aceea a dipsomaniei, dromomaniei şi exhibiţionismului pe care unii autori le consideră ca făcând parte din cadrul epilepsiei, în timp ce alţii încadrează aceste manifestări în nevrozele obsesionale impulsive sau chiar în cadrul psihozelor periodice. Noi considerăm că aceste forme psihopatologic atât de diferite nu sunt şi nu pot fi reductibile la nici una din grupele nosologice amintite, fiind vorba mai curând de o slăbire a capacităţilor frenatorii conştiente a pulsiunilor instinctiv-emoţionale cu executarea unor acte abnorme la interferenţă cu normalitatea sau de tip alienatio mentis în care trecerea la acţiune este condiţionată de ansamblul structurii personalităţii. Pe de altă parte este cunoscută corectitudinea, scrupulozitatea pacientului obsesiv-compulsiv şi ca urmare şi incidenţa excepţională a alcoolismului în cadrul nevrozei obsesionale cu nuclearitatea sa pronunţat egofobă.

Obsesia şi encefalitele

Observaţiile clinice au atestat existenţa fenomenelor obsesionale cu o frecvenţă mai mare în stadiile tardive din encefalitele epidemice, manifestate prin obsesii sau ticuri obsesionale, pe care cei mai mulţi clinicieni le raportează cauzal la leziunile palido-striate şi a sistemului extrapiramidal. De cele mai multe ori crizele oculogire se însoţeau de fenomene obsesiv-compulsive manifeste ceea ce pare că implică inclusiv lobul frontal.

Encefalita von Economo se însoţea uneori de stări de dezinhibiţie cu incapacitate frenatorie instinctiv-emoţională exprimată prin impulsiuni, anxietate, uşurare după impulsie, realizându-se în unele cazuri o veritabilă nevroză obsesională dobândită, de etiologie infecţioasă, tot aşa cum, în alte cazuri au fost citate simptomele isterice cu incidenţă mai crescută tot în perioada de criză oculogiră, această stare obsesivă apărând deasemenea şi la persoanele care nu aveau nici un fel de predispoziţie pentru simptomatologia de tip obsesiv.

Sintetizând deosebirile dintre delirurile infecţioase şi *obsesie-îndoială*, în reletie cu *convingerea* bolnavilor în realitatea delirant-halucinatorie, Ph. Chaslin subliniază că *sunt convinşi* şi *cred* în delirul lor în mod deosebit bolnavii cu delir sistematizat cronic halucinator. Îndoiala în realitatea fenomenelor delirant-halucinatorii survine însă episodic pentru o perioadă scurtă de timp în mintea bolnavului ce-şi exprimă teama să nu-şi piardă minţile. „Uneori în debilitatea mintală, în paralizia generală la debut, în demenţe bolnavul are din când în când o îndoială asupra fenomenelor suscitate de imaginaţia sa. Dar acestea, mai ales la declinul afecţiunilor acute, delirurilor toxice, infecţioase etc., când această „conştiinţă" a

suferinţei apare - aceasta fiind un bun semn de vindecare, dacă el se menţine". În nevroza obsesiv-compulsivă pacientul ştie că este bolnav, dar sunt cazuri când îndoindu-se puternic şi crezând în ideile sale obsedante psihastenice, se apropie de atitudinea comparabilă cu cea a bolnavilor cu idei delirante. În aceste cazuri a invoca prezenţa sau absenţa „autocriticii" sau faptul că pacientul îşi *„recunoaşte afecţiunea mentală"* înseamnă în primul rând a ţine seamă că: „Studiul alienaţilor, ca şi a persoanelor în limitele normalului, arată că ceea ce împiedică înainte de orice exerciţiul acestei percepţii a diferenţei şi asemănărilor, este sentimentul, emoţia" ca principală sursă a erorilor patologice şi a ideilor delirante. Dificultatea constă în aceea că toate se supun *logicii sentimentelor* formulată de Th. Ribot. Ca urmare psihologic nu este posibil să se distingă raţionalul de nebunie. Ceea ce rămâne clinicianului ca modalitate de raţionament în deosebirea normalităţii psihice de nebunie nu este decât *„absurditatea evidentă"* a producţiilor patologice, respectiv a „ideii cu adevărat delirante sau patologice", ceea ce evident presupune o amplă şi profundă experienţă clinică.

Personalitatea obsesională (anancastă)

După delimitarea psihasteniei de către P. Janet, numeroşi autori au cercetat particularităţile premorbide constituţionale ale personalităţii obsesionale. Majoritatea psihiatrilor ajung la concluzia că particularităţile premorbide ale personalităţii par să joace un rol preponderent în structurarea în raport cu mediul a nevrozei obsesionale, deoarece, s-a remarcat că dacă simptomatologia clinică variază episodic în timp, trăsăturile temperamental caracteriale subjacente rămân în mod esenţial neschimbate.

Se apreciază astfel că personalitatea pacientului, trăsăturile sale temperamnetale, constituţionale ar fi determinante în apariţia simptomatologiei nevrotice de tip obsesiv, deşi, acest punct de vedere, just sub aspectul admiterii unor trăsături biopsihice fundamentale particulare; se cuvine a sublinia că nu trebuie deasemenea neglijată în apariţia simptomatologiei nevrozei obsesiv-compulsive, experienţa de viaţă a fiecărui bolnav pe întreg parcursul dezvoltării sale. Această din urmă remarcă ni se pare deosebit de importantă chiar dacă rolul preponderent al trăsăturilor premorbide în structurarea simptomatologiei clinice este important, totuşi, trăsăturile premorbide vulnerabile ale personalităţii, inclusiv ale personalităţii obsesionale, sunt rezultatul sintezei dintre genotip şi fenotip, dintre dobândit şi câştigat, dintre natură şi cultură. În acest fel, terenul predispozant prin vulnerabilitatea sa nu se constituie doar din ceea ce este moştenit, terenul fiind, în realitate sinteza unică, particulară fiecărui caz în parte dintre ceea ce a conferit ca structură biopsihică fundamentală natura şi ceea ce s-a dobândit negativ pe parcursul dezvoltării individuale în cadrul existenţei sociale concrete. Din această determinare particulară va rezulta constituţia temperamentală obsesivo-fobică în care perturbarea fundamentală este, probabil, de natură biochimică manifestată la nivel infracelular şi îndeosebi subcortical, tulburare moleculară pe care însă n-o cunoaştem şi care perturbă dinamica neurofiziologică a substratului morfo-funcţional cerebral, ce se va reflecta negativ asupra interacţiunii modelatorii a structurilor sistemului psihic, ca şi asupra relaţiilor funcţionale ale substratului morfo-funcţional dinamic cerebral şi respectiv asupra relaţiilor funcţionale cortico-subcorticale, ca şi asupra mecanismelor psihice suprastructurale şi suprafuncţionale, mecanisme atât emergentive cât şi imergentive. Aceste din urmă mecanisme reflectă şi rezumă istoria lumii cuprinsă în noi şi simultan istoria fiecărei fiinţe umane.

În ordine istorică datorăm lui P. Janet şi apoi S. Freud descrierea amplă a personalităţii obsesionale care are determinism genetic particular şi ale cărui aspecte fundamentale sunt: personalitatea obsesională sau compulsivă, personalitatea obsesională (P. Janet) sau anankastă a autorilor germani şi caracterul anal (S. Freud) sinonim sau apropiat de personalitatea obsesională, la care trebuie să adăugăm personalitatea psihastenică ce ne apare ca o combinare sintetică dintre cele două tipuri menţionate aici.

W. Trethowan şi A. C. P. Sims (1983) consideră că termenul *obsesional* are virtual acelaşi înţeles ca şi termenul de *anankast* în ce

priveşte nevroza obsesiv-compulsivă. Aceiaşi autori susţin însă că pentru *tulburările de personalitate*, termenul de personalitate anankastă este mai adecvat decât cel de personalitate obsesională şi aceasta deoarece „... nevroza obsesiv-compulsivă şi personalitatea anankastică se pot afla împreună în anumite ocazii, majoritatea pacienţilor cu o nevroză obsesională *nu sunt* personalităţi anankaste, iar majoritatea persoanelor cu personalitate anankastică nu dezvoltă niciodată nevroză obsesională", personalităţile anankaste fiind *personalităţi senzitive* cu o mare impresionabilitate cu o capacitate puternică de expresie sau cu o capacitate de descărcare emoţională, cu intensă tendinţă la ruminaţii îndelungate. În ce ne priveşte, considerăm că distincţia dintre *personalitatea nevrotică osbesional-compulsivă sau anankastică* aşa cum o intitulează autorii citaţi în cazul nevrozei obsesiv-compulsive, nu se poate confunda cu personalitatea patologică (tulburările de personalitate) şi fie că aceste tulburări de personalitate (desemnate cândva cu denumirea de psihopatii) le denumim tulburări de personalitate de tip obsesional sau tulburări de personalitate de tip anankast ele îşi păstrează şi în acest caz sinonimia. L. Michaux raportându-se la diferenţele dintre personalitatea nevrotică inclusiv obsesională (anankastică) şi tulburările de personalitate (psihopatii) obsesionale sau anankaste preciza că acestea din urmă sunt rezistente la psihoterapie şi că prezintă temperamental-caracterial „un dezechilibru instinctivo-afectiv". Acelaşi autor nota că deosebirea dintre nevrozele de caracter şi caracterele nevrotice (apropiate de personalităţile psihopatice) constau în aceea că: *„nevroza de caracter reproduce, după caz, trăsăturile caracteriale ale nevrozei de angoasă (dar fără angoasă); ale nevrozei obsesionale, dar fără obsesii; ale nevrozei fobice, dar fără fobii; ale nevrozei isterice dar fără tulburările somatice* ..." (subl. ns. - M. Ş.). Aceste precizări se raportează şi la diferenţele dintre nevrozele obsesiv-compulsive sau anankaste şi personalităţile patologice (tulburările de personalitate) obsesional-compulsive sau anankaste.

Am ţinut să precizăm cele de mai sus deoarece, după opinia noastră; în descrierile clinice psihiatrice, de cele mai multe ori se confundă caracterul nevrotic cu nevroza de caracter, şi deasemenea *se confundă personalitatea nevrotică* (inclusiv obsesional-compulsivă sau anankastă) *cu tulburările de personalitate* (vechile psihopatii) inclusiv cele obsesionale (anancaste) care, prezintă alte structuri bazale de personalitate şi altă alcătuire psihopatologică, fapt de importanţă clinico-diagnostică particulară.

Personalitatea nevrotică obsesională (anankastă) se caracterizează printr-un ansamblu de trăsături pe care i le imprimă fenomenul obsesiv-compulsiv. În primul rând acestea sunt persoane cuprinse de îndoială, măcinate de nesiguranţă, de ordine şi de neîncredere, ceea ce le face să fie nesigure pe ceea ce văd, pe ceea ce gândesc, pe felul în care acţionează, se îndoiesc de cele auzite ceea ce forţează pe obsedat să se asigure continuu prin verificări repetate de exactitatea oricărei acţiuni subiective sau obiective ţintind atingerea ordinii, curăţeniei şi perfecţiunii. Aceste personalităţi sunt asediate de gânduri sau de impulsiuni determinate de îndoială care infiltrează întregul sistem psihic impunându-se gândirii şi

conştiinţei lor, amplificate compulsiv, perturbând comportamentul ideo-afectiv obiectivat prin absenţa spontanietăţii şi abundenţa ritualurilor compulsive în plan comportamental, fiind rigizi în respectarea regulilor, serioşi, lipsiţi de simţul umorului, formalişti, dar deosebit de muncitori.

Izolarea, trăsătură individualizată de S. Freud la obsedaţi, reprezintă tendinţa ce pare a decurge dintr-o perturbare profundă a sistemului bio-psihic inconştient a acestor bolnavi de a separa unele de altele elementele vieţii psihice (sentimente, amintiri, fantasme) ce se suprapun ca o acumulare de fragmente izolate de reprezentări, emoţii, sentimente, amintiri fără a avea coerenţa şi fluenţa necesară şi în care domină elementele vieţii psihice afective care domină inteligenţa senzorio-motorie ca şi conştiinţa de sine totuşi logică.

Afectivitatea obsedatului este ea însăşi compartimentată fără a fi, totuşi, disociată. Viaţa emoţională, sensibilitatea, amintirile, reprezentările bolnavului se pulverizează, dispersându-se pe şi revenind de pe numeroase sisteme, apărând astfel sub forma unor emoţii, temeri, dorinţi izolate şi perturbate de structuri anarhice pe care conştiinţa le simte dar nu le stăpâneşte decât fazic şi dispar odată cu relaxarea tensionărilor angoasante şi instalarea rigorilor cerute de unitatea optimală a sistemului psihic. Această izolare psihică permite obsedatului să rămână relativ impasibil la evocările cele mai emoţionante prin epuizare şi căderea nivelelor de tensionare energetică, cu deficitul de corelare adecvată ideo-afectivă, şi de stăpânire a realului. Obsedatul apare, graţie celor de mai sus, ca un individ aparent rece şi distant dar raţional, care nu prezintă nici o reacţie afectivă în relaţie de comprehensiune cu circumstanţele patogene psihotraumatizante. Vidul emoţional aparent dă impresia că obsedatul ar prezenta o veritabilă şi inexpugnabilă armură psihică acolo unde, în realitate, anxietatea îşi consumă dramatic chinuitoarele întrebări şi nelinişti de care este asediată personalitatea obsesivă.

S. Freud a descris o trăsătură caracteristică obsedatului pe care a denumit-o *anulare*. Pentru a scăpa de îndoiala obsedantă care îl asediază bolnavul caută să se apere printr-un act secundar, inconştient elaborat, despre care aminteşte şi P. Janet, prin care să anuleze efectul actului primar. În felul acesta, revenirile repetate, irezistibile asupra actului săvârşit semnifică nu numai verificarea privind corectitudinea executării actului, ci şi prevenirea sau anularea ritualică a oricărui risc de a greşi. Alteori, dimpotrivă, bolnavul îndeplineşte obsesiv un act contrar, care îl anulează pe primul, conferindu-i certitudinea că primul act a devenit inoperant. În acest sens, de exemplu ritualul spălării ar exprima grija de a anula ceea ce a devenit murdar prin contactul cu un oarecare obiect. De aici şi moralismul lor exagerat susţinut de o gândire rigidă cu valenţe mitice.

D. Widlöcher, referindu-se la anularea efectuată de obsedat, spune că aceasta „... este la originea anumitor gesturi şi cuvinte pe care obsedatul le repetă continuu. Ele nu constituie acte impulsive propriu-zise, ci un mecanism de apărare contra obsesiilor" şi care traduc datorită neputinţei de a acţiona la utilizarea automatismelor.

În ceea ce priveşte *activitatea obsedatului*, D. Widlöcher distinge două modalităţi de a o realiza şi care par a fi proprii bolnavului obsesiv: un mod ordonat după reguli rigide, aproape stereotipe şi obiceiuri stricte care-l centrează dominant pe detaliu, aparent eficate în ceea ce priveşte minuţia şi precizia şi care seamănă mai curând cu comportamentul unui robot care nu şi-a însuşit încă melodia cinetică firească conţinutului şi scopului acţiunii. Realizând mişcări sacadate, abrupte cu pauze, prin blocaj inhibitor, se constată un comportament dominat de inhibiţie care profilează al doilea tip - mecanismul pentru înlăturarea unei activităţi mintale foarte bogate, dar, în întregime consacrată prevenirii oricărei explozii a sentimentelor. Atunci când domină inhibiţia în activitatea obsedatului, acesta poate apare ca un subiect corect, gânditor profund sau ca un leneş incorigibil, încetinirea activităţii fiind omologată cu indiferentismul, ceea ce în realitate este fals.

Obsesiile, stări ideo-afective particulare, de încordare anxioasă şi dominante ideo-afective şi compulsive tulbură dinamismul mintal al obsedatului prin vastitatea argumentelor contrarii, argumente vagi difuze, fragmentate, cu permanente reveniri pe dimensiunea verticală în planuri reprezentative ce oscilează de la nivelul infraconştient la cel conştient pe un conţinut ideo-afectiv ce se întinde şi ambivalează de la logica afectivă la logica raţională, ambele subminate de nesiguranţă şi îndoială privind sensurile şi semnificaţiile contradictorii ale existenţei obiective şi subiective. Aceasta face ca în viaţa afectivă logica raţională să fie înlocuită cu sensibilitatea, cu logica justificatoare afectivă.

Gândirea obsesională are o putere magică asupra individului prin cantonarea argumentelor paradoxal în şi dincolo de domeniul inteligenţei suprasenzorio-motorii. Aceasta îi conferă o aparenţă de vigoare îndoielnică însă, ancorându-se dincolo de concretul fenomenal şi de precizie disimulată prin alunecarea pe acelaşi plan de logică aparent raţională, obsesivul evitând să se gândească la obiectele, elementele, situaţiile concrete care ar putea să-i provoace emoţii şi de aceea se lasă pradă gândurilor abstracte care-l detaşează nu numai de obiectul obsesiv dar şi de trăirile obiective particulare care le generează şi atunci expresiile sobre, concise, abstracte, detaşate de conţinutul obsesiv concret vor fi însoţite şi investite prin asociaţii de gândire abstractă şi cu trăirile afective în care anxietatea şi logica afectivă vor viza etapele de abordare a proprietăţilor şi calităţilor lumii obiective, dar cu alunecare simultană în mitic şi magic, ori religios.

Această gândire magică a personalităţii obsesiv-compulsive, investeşte totul cu puteri şi semnificaţii oculte. În acest fel cuvintele, gesturile, gândurile au caractere magice, iar scrupulul, îndoiala vor anula o parte din tendinţele superstiţioase, iar activitatea va deveni monotonă, rigidă, sclerozată, riguroasă şi acolo unde se crede că este precizie, nu vom găsi în realitate decât lipsă de mobilitate, încetineală şi uscăciune. Această neputinţă de a acţiona nu numai că determină recurgerea la automatism, dar apar compensator - fără însă a avea ca rezultat compensarea - tendinţele veleitare, visările, dorinţele, cu consecinţe de încetinire a ritmului activităţii, inhibiţii care perturbă melodia cinetică şi dinamismul activităţii exprimate, lipsă de ordonare, amputări sau chiar întreruperi ale activităţii.

În cazurile mai grave poate apare inactivitatea care s-ar asemăna cu abulia, însă aceasta corespunde în opinia noastră mai curând incapacității de a elabora decizii. În alte situații personalitatea obsesivă inițiază o acțiune, dar alege ineficient mijloacele de a o duce până la capăt și datorită tensiunii anxioase care generează îndoiala și nesiguranța abandonează acțiunea inițială și se angajează în alte acțiuni cu aceeași soartă încât se ajunge la o acumulare, mai mult sau mai puțin bogată de acțiuni neterminate, care întăresc atât din plan subiectiv ca și obiectiv și cu argumente colaterale sentimentul particular de incompletitudine.

Toate cele de mai sus amplifică nesiguranța, ambivalența, scade sentimentul valorii personale, crește anxietatea și angoasa, labilitatea emoțională și a conduitei ideo-afective, favorizează timiditatea și descurajarea de care nu scapă cu ușurință.

L. Michaux consideră că cele *trei componente fundamentale ale stării mintale* de tip hipnoid particulare obsedatului și care se consumă în sferele abstractului, sunt *îndoiala, perfecțiunea și siguranța* mobilizate împotriva bombardamentului anxios care-i perturbă echilibrul. Conștient că perfecțiunea este imposibilă de atins datorită stării de slăbiciune consecință a scăderii pragului energetic și a tensionărilor anxioase negative asupra structurilor noogenetice care-i imprimă starea de îndoială și de incompletitudine copleșitoare, obsedatul caută să obțină o gratificare afectivă prin permanentele repetări neliniștite și reluări neîntrerupte ale aceleiași activități care tind să-i dea un simulacru de „speranță a păcii și a siguranței" pe care le obține într-un mod aproape magic prin îmbogățirea reprezentărilor deși este convins că prin prezența reprezentării semnificațiilor, logica rațională este un simulacru perisabil. De aceea, obsedatul deliberează continuu și trecând fazic de la starea hipnoidă la stare lucidă își revizuiește în permanență gândurile față de care are sentimentul că îl angajează într-o adevărată aventură fantastică prin valențele sale mitice care îi încearcă dramatic responsabilitatea nesigură și-i subminează siguranța întregii sale vieți prin anxietatea care-i grevează variantele ideative grație bombardamentul anxios generat din profunzimile structurilor arhi- și paleopsihice.

Obsesia ia în stăpânire intens, împotriva voinței, conștiința bolnavului și funcțiile sale cognitiv-semnificative prin intermediul unei stări afective contradictorii, a unei imagini, a unui gând sau a unei acțiuni care se impun parazitar și lancinant în lanțul proceselor mentale, și care devin dominante, absurde, dezagreabile, angoasante, realizând un circuit închis cu oscilații bipolare intradominante exprimate prin translări și transpoziții de pe un sistem de motivații pozitive pe altele negative într-un dute-vino chinuitor, prin deplasări și anulări retroactive pe terenul unei permanente nesiguranțe și a incapacității de a se opri pe o soluție stabilă care să poată calma conflictele vitale contradictorii intrapsihice. Inerția patologică a ideației dominante obsesive ce se impune prelungit și anxios sistemului psihic, determină comportamente compulsive ce se repetă fără a avea caracterul automatic al unor stereotipuri, conectate cu realitatea sensibilă. Aceste acte care scapă controlului voluntar, dar nu și aprecierii critice

privind caracterul lor absurd, nu pot fi înlăturate prin instituirea unor semnificaţii cu caracter de stabilitate, ci îşi au un curs dezordonat ce se acroşează de mecanisme infralogice de extracţie anxioasă bio-psihică ce nu-şi găsesc inserţie într-o trăire optimal interiorizată în raport cu realul. În prezenţa unei recunoaşteri lucide a inutilităţii, absurdului şi stranietăţii acestor construcţii ideative mobile care gravitează dezordonat şi cu argumente contradictorii în jurul unei obsesii ideative cum este ideea fixă, a unei obsesii impulsive care determină la efectuarea unor acte cărora voinţa li se opune, sau a unei obsesii inhibitive cum sunt obsesiile fobice exprimate prin frica obsesivă de ceva sau de a întreprinde un act, ce se traduce printr-o intensă şi durabilă perturbare cortico-subcorticală în care structurile noogenetice constituţional fragile vor defila dezorganizat căutând semnificaţii stabile, fără a reuşi să se cantoneze satisfăcător în cadrul unui sistem stabil de referinţă. De aici anxietatea obsedatului ca nucleu ce se află în miezul obsesiei şi a conduitelor magice în care se risipeşte cu un consum intern de energie care depăşeşte posibilităţile sale funciare dar în care-şi găseşte refugiul devenind satisfăcut atunci când însăşi tensiunea psihologică scăzută nu-i mai lasă posibilitatea de a o lua de la capăt. Constrângerea internă care-l domină totuşi ca o superstiţie şi de ale cărei simboluri nu se poate detaşa în mod liber, face ca aceste simboluri să persiste şi atunci când scopul nu mai este prezent.

Vurpas accentuează că pe lângă prezenţa micilor semne ale bolii, ceea ce-i lipseşte cel mai mult obsedatului este posibilitatea acestuia de a dobândi pentru automatisme constanţă şi mai ales de a se folosi de ele şi, cu toate că lumea înconjurătoare nu este altceva decât un permanent obstacol pentru bolnav, obsedatul are, totuşi, nevoie de anturaj atât pentru a fi ajutat şi îndeosebi pentru a fi asigurat. Cu o extremă dificultate obsesivul intră în sintonie afectivă cu anturajul, împărtăşeşte greu emoţiile colective, este, graţie nesiguranţei sale aparent insensibil şi indiferent faţă de cei din jur, nu iubeşte dar, vanitos fiind, vrea să fie iubit şi servit, să i se acorde sprijinul, ştie să fie sclav dar se vrea stăpân, ceea ce îl face să „suporte mai bine mizeria sa intelectuală" dublată de tenacitate, perseverenţă, autoritarism, rigurozitate, scrupulozitate şi acut simţ al datoriei.

Tipologia psihologică a obsedatului poate fi întregită, pe baza observaţiilor clinice, cu trăsături de oboseală şi abulie, îndoială, ezitare, scrupulozitate, meticulozitate, timiditate şi inhibare, senzaţie de vid cerebral, crize pseudomorale cu introspecţie săracă, hiperemotivitate, labilitate vegetativă, mania ordinii sau dezordinei paradoxale, anxietate difuză, frecvente şi inutile verificării ale acţiunilor celor mai simple, etc. ceea ce aminteşte de psihasten despre care vom discuta mai departe.

Trăsăturile de caracter enumerate aflate în relaţie inextricabilă cu sistemul compulsiv pot exista şi în absenţa simptomelor clinice adevărate şi manifeste chiar şi la oameni normali, în special la un individ obosit, anxios sau deprimat, acestea putând să exprime semnele unei personalităţi obsesionale, însă evident asimptomatice.

Structura de tip anancast, (adică de personalitate obsesională) nu intră obligatoriu în circuitul clinic, diferitele manifestări caracterial-

temperamentale putând fi întâlnite atât la persoane „normale" cât şi la persoane anormale la care constituie fondul caracterial al unei nevroze reactive sau a unei dezvoltări nevrotice, după cum, de asemenea, obsesia poate semna debutul unei tulburări psihotice. Reamintim, de asemenea, că fenomenul obsesiv nu vine din structuri extrapsihice, că aceste manifestări de tip obsesiv ce vin din interior şi aparţin Eului pot avea o bandă normală de manifestare fără a fi expresia unei personalităţi simptomatice din punct de vedere clinic.

Reamintim că Petrilowitsch ca şi alţi autori de limbă germană au descris ***particularităţile clinice ale anancastului***.

La fel, K. Schneider distinge pentru anacast ca fiindu-i particulare nesiguranţa şi neliniştea şi-l citează în acest sens pe Achaffenburg care scria că: „un mare număr de reprezentări obsesive i-au naştere din sentimentul neliniştei şi a nesiguranţei şi cred că acest fapt nu lipseşte din nici o neurastenie". Ca şi E. Kahn şi K. Schneider referindu-se la termenul de anacast notează că s-a ales acest termen în locul termenului de obsesiv (utilizat doar de Ziehen) deoarece în limba germană „nu se poate realiza o formă abjectivală pornind de la obsesie". De aici sinonimia între obsesiv şi anancast.

Aceste descrieri ale autorilor germani încearcă să circumscrie caracteriologia anancastului, adică a obsesivului sunt suficient de detaliate şi utile pentru aspectele clinice, cât şi pentru cele de ordin teoretic.

Persoanele anancaste au o vitalitate bazală redusă, viaţa instinctivă este slabă sau săracă, forţa sentimentelor autentice este prea controlată, sintonia mult prea frânată iar umorul supus unor frâne şi inhibiţiei riguroase şi rigide. Anancastul realizează contactele interpersonale cu dificultate iar atunci când este în prezenţa altora se comportă cu prudenţă, distant, rece, ironic, analizând cu atenţie crescută fiecare gest şi acceptând din timiditate şi doar formal unele afirmaţii, replici etc. pe care apoi le analizează disecându-le cu minuţiozitate compulsivă.

Anancastul este prudent din nesiguranţă, distant din neîncrederea în sine, scrupulos din prea multă conştiinciozitate, suspicios prin hiperestezie afectivă. Având o conştiinţă morală hipertensionată a judecăţilor de valoare în permanentă dinamică şi aspirând spre o perfecţiune pe care n-o poate atinge, anancastul pierde spontanietatea prin instituirea unui sistem de inhibiţii nemilos de rigide care operează în cerc închis asupra unor motivăţii nesemnificative ce reverberează în conştiinţa sa învolburând-o inutil, pierzându-se într-un lanţ de consideraţii sterile care nu pot să conflueze spre un final încununat de certitudini. De aici deruta în selectarea solicitărilor adaptive în care obilgaţiile şi îndatoririle îl turmentează cu atât mai mult cu cât mai exigent este sistemul valoric de norme în raport cu care trebuie să decidă. Din ansamblul semnificaţiilor care bat la porţile conştiinţei hipermorale a anancastului, acesta se află în situaţia deosebit de incomodă de a alege între o suită de alternative ce-i apar într-un ritm care-l fac să devină din ce în ce mai anxios şi nesigur. Dar această tensionare biopsihică fundamentală face ca anancastul să acţioneze pe un teren în care mentalitatea primitivă se acroşează de senzorial,

perceptiv şi pe procesele de reprezentare cu desfăşurare fluctuantă şi în care articularea intenţională intranoetică îşi caută semnificaţiile într-o atmosferă de incertitudine în care însăşi nesemnificativul devine problematic. Concordanţa dintre structurile biopsihice elementare şi cele superioare se realizează cu dificultate din cauza eliberării forţelor primare din infrastructurile sistemului psihic şi scăderii forţelor tensionale a suprastructurilor superioare care nu le pot ţine în frâu pe primele şi nu le pot subordona în sensul solicitărilor adecvate ale ambianţei şi în raport cu normativitatea socială. Conştiinţa anancastului sondează în structurile profunde ale sistemului psihic şi într-un mod cu mult prea exigent pentru a face faţă avalanşei tulburătoare de motivaţii neştiute care, prin efracţie ajung în câmpul unei conştiinţe fragilizate. De aici şi tendinţa anancastului de a nu lăsa prea multe ferestre deschise spre forurile psihice interioare decât pentru lucrurile şi persoanele familiare, sau care solicită un consum de energie psihică redusă. De aici deasemenea incapacitatea lor de a suporta aglomeraţia, de a se angaja în relaţii sociale multiple, de a fi în centrul atenţiei sau de a se îndrepta spre luarea în stăpânire a unor problematici complexe. Toate aceste atitudini vin în contradicţie cu aspiraţiile lor, cu conştiinţa pozitivă a propriei lor valori, dublată de incapacitatea acestor bolnavi de a se aprecia corect din punctul de vedere al posibilităţilor lor fizice şi psihice reale. Dotat în mod deficitar, prin însăşi constituţia sa, din punct de vedere vital, persoanele anancaste au o mare capacitate de ataşament afectiv persistent în raport cu calităţile obiectelor şi fiinţelor din jur. Deşi afectivitatea lor este grevată de nesiguranţă, totuşi, structurile bazale ale afectivităţii reverberează îndelung pe trăirile afective, ceea ce face ca focalizarea activităţii psihice să se comute cu dificultate pe solicitările noi ale ambianţei în raport cu dinamica semnificaţiilor proceselor de asimilare şi acomodarea adaptativă. De aici şi fuga de superficialitate în relaţiile sociale, de conformismul versatil adaptiv obişnuit personalităţilor patologice. Anancastul realizează cu dificultate prietenii însă atunci când le-a elaborat, acestea au o profunzime şi statornicie deosebite. Aşa cum subliniază M. Petrilowitsch, rigiditatea anancastului apare şi este generată de intensitatea şi de durata exagerată a emoţiilor, de profunzimea şi tenacitatea lor ca şi a oricăror trăiri care se produce în dauna extensiei şi expresivităţii lor.

Anancastul epuizat acţionează pentru a-şi face datoria fără a dezvolta pasiuni sau ataşamente deosebite. Ca reactivitatea ideo-afectivă superioară, anancastul este relativ echilibrat fără a fi scutit de rare explozivităţi coleroase şi uneori de agresivitate. Fără a fi dotat cu o voinţă deosebită, aceasta este totuşi statornică deşi este conştient de deficitul său energetic vital din care decurge nesiguranţa şi anxietatea sau, dimpotrivă, rigiditatea, tendinţele perfecţioniste, scrupulozitatea, pedanterismul, perfecţionismul, formalismul rigid ca şi nevoia de ordine, simetrie şi precizie. Animat de o conştiinţă morală ce vizează valori superioare, anancastul are din obicei un acut spirit de dreptate, de intransigenţă faţă de greşelile sale sau ale altora. Deşi gândirea anancastului are caracterul predominant al discursivităţii, nu-i lipseşte totuşi discontinuitatea, fără a

pierde din continuitate şi profunzime, chiar dacă de multe ori are destule dificultăţi, mai ales când este grevat de anxietate şi constrâns a distinge particularul de general, esenţialul de neesenţial.

Pentru personalitatea obsesională (anancastă) acţiunea se realizează cu un mare consum de energie, chinuitor, şi cu o permanentă senzaţie de obseală ce împiedică apariţia siguranţei de finalizare a acesteia, obligând la repetări şi verificări permenente care-l obosesc şi mai mult. În cazul decompensării clinice a obsesivului (anancastului), atunci acţiunile nu mai au continuitate, nu mai există forţa de a asigura continuitatea lor apărând sentimentul de insuficienţă care duce de multe ori la întreruperea acţiunii. Ceea ce la personalitatea obsesivă (anancastă) constituia tendinţă la perfecţionare, la nevroticul obsesiv decompensat devine sursă de dezorganizare ce determină la iniţiarea unor multiple acţiuni în care se pierde din vedere ceea ce este esenţial şi important din punct de vedere al motivaţiilor şi scopului urmărit.

Personalitatea obsesională - anancastă poate prezenta, în condiţii negative endo-exogene, reacţii sau dezvoltări nevrotice depresiv-obsesionale, anxioase, fobice, ipohondriace, astenice sau decompensări cvasi-psihotice iar în condiţii nefavorabile de viaţă apar manifestări discomportamentale sau se poate psihopatiza chiar după cronicizarea tulburării. Cel mai frecvent se întâlnesc decompensările nevrotice obsesivo-fobice pe care le realizează la fel ca personalitatea psihastenică sau fobică.

Caracterul anal

Unele din trăsăturile descrise la personalitatea obsesională se pot regăsi în particularităţile aşa numitului „caracter anal" descris de Freud. Persoanele cu acest tip de caracter sunt ordonate, econome şi încăpăţânate, oneste, fidele şi care nu-şi dezmint niciodată angajamentele asumate. Simţul lor de economie poate să meargă până la o veritabilă avariţie manifestată printr-o grijă exagerată pentru ceea ce datorează şi ceeea ce li se datorează, printr-o atenţie excesivă la cheltuieli, la avantajele materiale pe care le speră şi de care se tem a fi lipsiţi. Sunt puţin influenţabili rămânând credincioşi proiectelor lor, încăpăţânarea fiind o trăsătură caracteristică alături de parcimonie şi de simţul ordinei şi al curăţeniei. Conform teoriei psihanalitice, caracterul anal se dezvoltă prin lupta împotriva pulsiunilor anale, agresive, termenul de anal calificând raporturille care există între acest tip de caracter şi una din fazele de dezvoltare afectivă a copilului, faza anală, punct de plecare a unei nevoii fiziologice şi sursă de excitaţii care procură plăcerea atât în reţinerea cât şi în expulzarea materiilor.

Din istoria infantilă precoce a acestor persoane, Freud a decelat faptul că acestora le-a trebuit un timp relativ îndelungat pentru a-şi asigura controlul sficterului anal, ei resimţând o plăcere suplimentară pentru reţinerea materiilor fecale. După Freud, asemenea preocupări constituie un stadiu al erotismului infantil, fără legătură cu funcţia genitală, fiind vorba însă de o oarecare accentuare a erogenităţii zonei anale, plăcere autoerotic provocată. Această formă de erotism infantil nu se mai întâlneşte la vârsta

adultă, trăsăturile de caracter descrise mai sus substituindu-se sensibilității anale a copilăriei, printr-un mecanism de rezoluție a acestui erotism în așa fel încât, cu cât fixarea anală a fost mai accentuată, cu atât mai marcate vor fi trăsăturile de caracter de tip anal menționate mai sus. Sentimentele de ordine și curățenie, de parcimonie și de obstinație sunt trăsături ale Supraeului, ceea ce implică o conștiință morală severă care se opune Eului printr-o falsă supunere grevată de o agresivitate mascată. În concepția psihanalitică sentimentul pentru ordine și curățenie maschează acceptarea latentă pentru dezordine și necurățenie; parcimonia maschează dorința latentă pentru cheltuieli; obstinația acoperă tendința către lenevie. Deci, aceste trăsături sunt destinate a lupta contra impulsiunilor anale, mai ales prin mecanismul „formațiunii reacționale care definește trăsăturile caracteriale directe, contrare impulsiei pe care trebuie să o combată" (Wildöcher). Astfel, de exemplu ordinea așa cum am văzut este o formațiune reacțională contra tendinței la murdărie etc.

Rezumând concepția psihanalitică asupra personalității obsesiv-compulsive și respectiv a caracterului anal W. Mayer. Gross și colab. (1960) scriu următoarele: „În teoria psihanalitică obsesivul este privit ca o persoană cu un superego supradezvoltat și extrem de critic; teoria îl asociază pe acesta cu tendințe anal-erotice și însușiri sadice ale personalității. Este adevărat că mulți bolnavi obsesivi acordă multă atenție cercetării propriilor intestine, iau uneori precauțiuni exagerate față de murdărie atunci când merg la closet, au fobia murdăriei și germenilor și sunt extrem de severi față de ei înșiși cât și față de ceilalți. Ei prezintă multe alte trăsături de caracter totuși care nu sunt legate direct și evident cu această teorie. Unii obsesivi au înclinații pentru colecționarism și acumulare și deși strâng bani ei pot să aibă un aspect sărac. În teoria psihanalitică moneda este simbolul fecalelor, iar tendința la economisire este legată de tendința copiilor la constipație. Nu s-a putut demonstra însă că pacienții obsesivi ar fi predispuși la constipație mai mult decât ceilalți și că temperamentele obsesionale ar fi mai indiferente față de bani sau că ar fi incapabili de a risipi mărunțișul și alte obiecte cvasilipsite de valoare. Unii bolnavi obsesivi sunt capabili de fantasme sexuale de tip sadic; majoritatea sadicilor nu sunt obsesivi, iar o investigație grafologică nu a pus în corespondență sado-masochistă nici o asociere între obsesionalitate și fantasmele sadice sau masochiste. (Mannheim și Slater, 1947)".

Sublimarea, ca al doilea mecanism de luptă contra pulsiunilor anale determină o schimbare a scopului și a obiectului pulsiunei, interesate; de exemplu, interesul copilului pentru materiile fecale este deplasat la adult asupra banilor.

Unele trăsături de caracter de tip anal reprezintă o persistență a anumitor tendințe din copilărie; astfel, încăpățânarea nu este decât o prelungire a îndărătniciei cu care copilul se opune ordinelor materne. Dispozițiile afective legate de erotismul anal sunt cele mai în măsură de a se transforma în trăsături de caracter, formațiunile reacționale fiind specifice acestui tip de personalitate, motiv pentru care aceasta a fost denumită și *personalitate reacțională*. În ceea ce privește tentativa de a lega

anumite trăsături ale caracterului anal de diferite faze ale dezvoltării libidinale ale caracterului anal ale copilului nu a reuşit în întregime.

Un ultim mecanism de luptă contra impulsiunilor anale este deplasarea erotismului anal asupra oricărui obiect.

Psihanaliştii accentuează că tipul caracterial anal se întâlneşte şi în afara oricărei simptomatologii clinice nevrotice ceea ce este neîndoielnic adevărat.

Clinicienii nepsihanalişti recunosc existenţa unei personalităţi care, din punct de vedere caracteriologic, corespunde descripţiei psihanalitice a caracterului anal, dar nu sunt de acord întru totul cu interpretarea psihanalitică a acestei caracteriologii, interpretare insuficient diferenţiată în raport cu varietatea caracteriologică şi care ignoră problematica amplă şi complexă a actului uman, realizând doar o caracteriologie a tendinţelor pure, bazată numai pe aspectul final al manifestărilor expresive.

Widlöker raportându-se la diferitele tipuri caracteriale obsesiv-compulsionale notează următoarele precizări pe care le considerăm ca fiind necesare în clasificarea capitolului care ne interesează: „ ... caracterul obsesional sau compulsiv, caracterul anal şi caracterul psihastenic, constituie trei tablouri teoretice distincte pe plan clinic, cu numeroase puncte care le sunt comune. Aceasta incită la a gândi că aceste tablouri răspund tentativelor diferite de regrupare a trăsăturilor caracteriale şi nu a proceselor psihice, putând fi plasate pe acelaşi plan. În practică se poate mai ales opune sindromul psihastinic asociat cu seria compulsivă şi caracterul anal asociat cu aceeaşi serie (personalităţile psihopatice astenice şi psihopatice anankaste ale lui Kurt Schneider). (cf. EMC-Psychiatrie 37320 A10 p. 3-4).

Dacă ar fi să redăm schematic originile trăsăturilor de caracter elaborate în cursul dezvoltării ontogenice în nevroza obsesiv-compulsivă după teoria psihanalitică, reproducem după H. Ey, P. Bernard şi Ch. Brisset (*Mánuel de Psychiatrie*, Ed. Masson, 1967) următorul tabel care ni s-a părut particular de sugestiv şi precis.

Educaţia comportamentului sfincterian urmăreşte să obţină de la copil renunţarea la satisfacţia reţinerii şi abandonării materiilor după bunul plac. Eşecul acestei discipline asfincteriene rezultă din combinaţia următoarelor două fapte: excesul de ataşament la plăcere şi revolta împotriva consemnelor de curăţenie.

	Trăsături directe (Tendinţe la plăcere) CARACTER SADIC-ANAL	Forme secundare (Lupta împotriva tendinţelor către plăcere) CARACTER OBSESIONAL
	Trăsături de caracter ale erotismului anal	Trăsături de caracter contra erotismului anal
FIXAŢIE EXCESIVĂ LA PLĂCERILE EXCREMENTALE	Dificultăţi de abandonare a obiectelor. Obstinaţie.Încăpăţânare. Colecţionism. Teamă de separaţie.	Tendinţă către cadouri. Resemnare.Supunere. Prodigialitate. Temeritate.
	Trăsături de caracter sadic-anal	Trăsături de caracter împotriva tendinţelor sadice
REACŢIE EXCESIVĂ LA INTERZICEREA PLĂCERILOR EXCREMENTALE	Murdărie. Respingere. Injurii scatologice. Cruzime împotriva celor slabi. Lupta împotriva tuturor autorităţilor (ironii, sarcasm)	Curăţenie excesivă. Politeţe. Pudoare. Bunătate. Spirit de dreptate. Apărarea celor slabi. Respectul tuturor autorităţilor.

Personalitatea psihastenică

P. Janet, între anii 1893-1902 a publicat o serie de lucrări în care a demonstrat că obsesia, deşi este simptomul dominant şi deci cel mai evident şi tulburător în manifestările sale episodice, aceasta are în substratul ca şi în manifestările sale episodice precum şi în suprastructurile sale, construcţii psihopatologice şi configurări temperamental-caracteriale care caracterizează personalitatea psihastenică cu scăderea tensiunii psihologice şi cu inatenţiile şi dificultăţile sale de abordare a realului.

P. Janet are meritul de a fi stabilit cu acurateţe şi în mod pertinent că fenomenul obsesiv ia naştere pe un teren particular, de natură constituţională, pe fondul unei stări mintale ce se manifestă constant interparoxistic la aceste persoane.

P. Janet, în lucrările sale clasice „ Les obsesions et le psychastenie" (1908) şi în „Les nevroses" (1910) a expus în mod magistral particularităţile personalităţii psihastenice. Studiile lui P. Janet constituie şi astăzi lucrările fundamentale de referinţă pentru toţi cei ce se preocupă de şi încearcă studiul nevrozelor şi, în particular, al nevrozei obsesiv-compulsive.

În elaborarea ideii obsesive participă întreaga personalitate sau, aşa cum se exprima P. Janet se remarcă „o colaborare a întregii personalităţi". Dominaţi de nesiguranţă, bolnavii psihastenici dezvoltă ideea obsesivă

incomplet, deoarece au sentimentul că ideea le aparţine dar pare a se impune bolnavului, şi este lipsită de precizie, de certitudine, de libertate. Este o tulburare totodată mai generală şi mai puţin complexă".

Nesiguranţa pacienţilor ţine nu de o perturbare a proceselor de engramare mnezică, ci de atenţia deosebită acordată ideii obsedante şi de inatenţie pentru evenimentele ce se petrec în exterior, ceea ce face să apară nesiguranţa pentru unele evenimente externe.

„ Îndoiala se întinde cu mult mai departe - scrie P. Janet - ea determină o mulţime de tulburări mintale ... Acestea sunt agitaţiile gândirii, ticurile intelectuale, cum le numea Azam, sau, simplu, *maniile mintale*, după expresia populară, care îmi pare suficient de clară. Acestea sunt operaţiile intelectuale interminabile referitoare la lucrurile foarte mici care ocupă în spiritul subiectului un loc ... disproporţionat în raport cu valoarea lor reală".

Psihastenicul prin nehotărâre, nesiguranţă, incertitudine până la ambivalenţă, inhibiţie instinctuală sau mintală nu ajunge la elaborarea unor convingeri şi la precizarea unor opţiuni ferme atunci când trebuie să aleagă între *da* şi *nu*, deoarece se află în situaţia paradoxală de a accepta simultan atât argumentele pozitive ca şi pe cele negative în egală măsură, oscilând, pendulând în alegerea unei soluţii, cercetând neîncetat argumentele grevat de o stare de anxietate şi angoasă impresionante. Aceste permanente îndoieli sunt *„maniile oscilaţiei"*, *„mania interogării amintirilor"*, *„maniile presajului"* sau *„interogarea sorţii"*, sau, atunci când vrea să depăşească termenul dat, *„manie de l'au delà"*, *„ori mania explicaţiei"* denumită cândva *„folie metafizică"*. Referitor la aceasta, P. Janet scria: „Eu am putut observa la numeroşi subiecţi toate gradele acestor cercetări ale explicaţiilor, de la problemele cele mai umile referitoare la culoarea frunzelor copacilor până la cele mai mari probleme metafizice" existând „o nevoie de speculaţie, de travaliu mental care se efectuează independent de cunoştinţele câştigate şi de capacităţile subiectului pentru a discuta problemele pe care şi le pune".

Sentimentul de nesiguranţă, de îndoială cuprinde toată personalitatea. „Când boala se agravează, îndoiala începe să se îndrepte asupra lucrurilor, care de obicei, sunt crezute mai uşor. Bolnavul pierde încrederea în persoanele înconjurătoare; oricărei autorităţi, ei opun dorinţa unei autorităţi mai mari ... Un grad în plus şi bolnavii se vor îndoi de propriul lor viitor şi de propriul lor trecut. Absenţa speranţei, viitorul sumbru ca o gaură neagră însoţeşte la ei îndoiala de trecut şi nevoia de a verifica toate amintirile lor. Acestea sunt acele sentimente penibile care determină ... agitaţiile mintale şi toate maniile cercetărilor pe care noi le-am ataşat îndoielilor psihastenicilor. Acest sentiment de îndoială joacă un rol atât de considerabil în această boală, că ea a fost chiar denumită altă dată *nebunia îndoielii*".

Kahn afirmă, în spiritul concepţiei lui P. Janet că: „Obsesia apare pe baza unei nesiguranţe structurate biologic sau psihologic, o nesiguranţă a propriului Eu, referitor la o situaţie dată sau la o situaţie care va fi dată". După acelaşi autor, nesiguranţa de sine îşi are originea în perturbarea

funcţională a straturilor profunde ale individului, perturbare ce invadează structurile instinctiv-emoţionale şi temperamentale, toate nivelurile Eu-lui, deci, inclusiv caracterul. În psihastenie nesiguranţa se răsfrânge asupra tuturor structurilor şi sistemelor personalităţii ca şi asupra motivaţiei, desfăşurării şi finalizării actului, ceea ce explică atât dificultatea deliberării ideo-afective ca şi a elaborării şi susţinerii actelor.

Psihastenicul este anxios, dubitativ, interogativ, ambivalent, balansând îndelung în faţa oricărui act şi a oricărei alegeri, în faţa trecutului şi a prezentului dar îndeosebi în faţa viitorului, pentru psihastenic probabilitatea având valori polivalente, siguranţa transformându-se întotdeauna în probabilitate.

Desfăşurarea actului este stăruitoare dar cu desfăşurare sinusoidală, contorsionată, consecinţă a nesiguranţei ceea ce duce la întreruperea şi iniţierea sa ca urmare a apariţiei unor noi contraargumente, consideraţii şi deliberări cu valoare tiranică ce se impun alegerilor iniţiale. Pentru psihasten nu actul ca atare este obositor cât mai ales îl oboseşte încordarea atenţiei şi a sistemului psihic centrată pe posibilitatea iminentă de a întrerupe acţiunea în lipsa unui suport care să-i stimuleze forţele pozitive dându-i posibilitatea să-şi învingă forţele negative care-l zdruncină chiar şi atunci când finalul este aproape. Dar şi atunci când actul este săvârşit, dezbaterile interioare asupra calităţii actului realizat nu încetează, pacientul reverberând îndelung în incertitudinile şi în repetările succesive care-l obosesc, exasperându-l până la epuizare.

Fenomenele descrise sunt consecinţa eliberării automatismelor psihologice care determină şi favorizează „scăderea tensiunii psihologice" exprimate prin fenomene de nelinişte psihomotorie, ticuri, acte conjuratorii sau stereotipe ce le denumim cu termenul de anancasme. În acelaşi timp slăbiciunea psihică ar explica scrupulozitatea, ambivalenţa, sentimentul de irealitate apropiat de derealizare, de stranietate sau uneori sentimentul de influenţă. Perturbarea sentimentului realului va duce la fenomene de depersonalizare, dificultăţi de integrare optimală în mediul ambiant, pierderea preciziei şi eficienţei elaborării conduitelor active şi îndeosebi a preciziei conduitelor.

Îndoiala determină la mulţi bolnavi frica de a nu „înebuni". În momentul în care scade tensiunea psihologică şi energetica proceselor psihoneurofiziologice cerebrale, şi se intensifică îndeosebi anxietatea pacientul rămâne cantonat dominant pe conţinuturile sale ideo-afective şi de aici originea inconştientă a „ideilor fixe", pierderea funcţiei realului determinând alături de strâmtorarea câmpului conştiinţei la incapacitatea psihastenului de a se obiectiva prin acţiune asupra lumii externe şi de a subiectiva optimal realitatea pe care n-o poate făptui graţie corelărilor neadecvate cu experienţa anterioară datorate perturbării inclusiv a capacităţii de prezentificare corectă a datelor de memorie, a incapacităţii de a organiza fluent şi coerent trăirea subiectivă a trecutului şi de a o conexa anticipativ în raport cu necesităţile reale ale proceselor de asimilare şi acomodare adaptativă.

Atunci însă când îndoiala nu perturbă prea mult unitatea sistemului psihic, când forţele fizice şi psihice au un optimum funcţional relativ satisfăcător, structura de fond a psihastenului, dublată de reale capacităţi creatoare şi mai ales de vocaţie pentru profesiunea în care lucrează, poate ajunge la rezultate de excepţie în sensul creaţiei, şi de corectitudine cu totul deosebită acolo unde se cere migală pentru fiecare etapă a unei acţiuni. În momentul în care neîncrederea pune stăpânire pe bolnav atunci însăşi actul în desfăşurarea sa este permanent investit compulsiv cu valori simbolice şi cu trăiri afective dintre cele mai contradictorii, cu desfăşurări rigide, cu gesturi şi reguli respectate cu severitate ce pot merge până la ritmicitatea rigidă a ritualului cu coloratura sa evocatoare mitică. De aici rigiditatea şi inflexibilitatea personalităţilor psihastenice, dar şi modalităţile mai rigide ale proceselor de asimilare şi acomodare adaptivă care au mereu nevoia unui suport moral din partea unei persoane apropiate şi înţelegătoare. Tot în trăsăturile de o anumită rigiditate îşi află, probabil, explicaţia capacităţii de rezistenţă în faţa obstacolelor, ca şi persistenţa unor motivaţii ce exprimă în continuitatea actelor, spiritul de ordine, disciplină şi corectitudine morală. Din acest punct de vedere, W. Mayer-Gross, E. Slater şi M. Roth (1960) notează următoarele: „Multora din *trăsăturile de caracter ale obsesivilor* este cazul să li se acorde o mare valoare etică şi anume, faptului că te poţi bizui şi încrede în ei din punctul de vedere al punctualităţii, preciziei şi scrupulozităţii lor în probleme de morală, în capacitatea lor de autoanulare şi autosacrificare pe altarul unui principiu. Dacă vom încerca să îmbrăcăm într-un termen toate trăsăturile pe care le prezintă obsesivul, s-ar putea spune că acesta prezintă un anumit grad de „inerţie" luând cuvântul din fizică, cu sens metaforic. Aceasta vrea să spună că obsesivul este greu de mobilizat, dar odată mobilizat într-o anumită direcţie, persistă în ea fiind greu de oprit sau îndrumat pe o cale lăturalnică ... Acestui tip de temperament îi sunt străine, de asemenea, variaţiunile rapide de dispoziţie şi energie, calea obsesiunilor este lipsită de strălucire, dar plină de stăruinţă. Trăsăturile obsesionale minore adaugă o *calitate de valoare şi stabilitate* personalităţii şi certifică însuşiri pozitive preţioase la oameni cu renume remarcabil ... În cazul în care ele sunt într-un grad pronunţat, se prezintă în mod obişnuit într-atât de inhibate încât pot să prevină orice trăsătură neremarcabilă de personalitate. Astfel de oameni se simt mult mai bine într-o lume în care totul este în ordine şi acordă prea puţină atenţie iniţiativei personale".

Psihastenul comutează cu dificultate de pe o motivaţie pe alta, dar comutează totuşi atunci când este dotat permanent şi ascendent pe scara valorilor. Aceasta face ca tendinţa de perfecţionare şi de perfecţionism să devină nu o obişnuinţă ci un chin moral şi fizic, în aceste particularităţi incluzându-se şi trăsăturile sale pronunţat egofobe şi allofobe, de unde şi ataşamentul său de durată faţă de spiritul rigid al ordinei şi disciplinei, a prevederilor şi prescripţiilor, cu exigenţă crescută atât faţă de el însuşi cât şi în relaţiile familiale ca şi în cele de microgrup apropiat, autoexigenţă ce poate merge până la severitate faţă de împlinirea îndatoririlor sociale, şi autoritate sau autoritarism atunci când se află în situaţia de a decide şi de a

urmări efectele dispoziţiilor date. Aspirând mereu spre realizări din ce în ce mai bune, dar îndoindu-se mereu de sine şi de alţii, psihastenul este permanent într-o acerbă luptă cu sine însuşi, imprimându-şi conduite de viaţă la care renunţă cu dificultate şi ţeluri superioare pentru care face eforturi perseverente grevate de anxietate pentru a le realiza. Nesiguranţa în realizarea ţelurilor, neâncrederea în forţele sale, oscilaţiile dubitative asupra corectitudinii actelor întreprinse, spiritul de interogaţie care-l macină şi-l animă, spiritul critic exagerat şi dublat de o timiditate care ascunde în spatele ei elementul mediativ, fac din psihastenic un tip de personalitate distinctă, extrem de contradictorie în universul său sufletesc. Nesiguri şi anxioşi, dotaţi cu energie scăzută, defensivi în faţa noului, nesiguri în toate manifestările unde se impune desfăşurarea de energie, nesiguranţă senzitivă şi sensibilitate ce scapă voinţei, sentiment de insuficienţă şi de ineficienţă ce completează pe cel de incompletitudine, cu tendinţe autopunitive şi de culpă ce se izbăvesc prin repetarea actului şi ridicarea cotei exigenţelor şi autoexigenţelor, introvertiţi egofobi dar cu desfăşurări allocentrice hipercompensatorii, subapreciere personală şi autodepreciere prin nesiguranţă faţă de alţii, oscilaţii pluritendente de tip antinomic ce se luptă cu forţele din afara sa ca şi cu cele din interiorul său care-l constrâng să se decidă după ce se chinuie elaborând sentimente de inferioritate, persoană ce se închide în sine pentru a se proiecta cu prudenţa ce i-o conferă nesiguranţa şi corectitudinea exagerată, sclavul neliniştilor sale şi stăpânul neputincios şi sever al îndoielilor sale, fac din structura psihastenică o persoană de o moralitate exemplară şi un egofob excesiv prin excelenţă. Aşa cum menţionează E. Kahn, chiar în cazuri extreme, „Anankastul nu este un criminal nu pentru că morala lui rigidă l-ar opri de la crimă; el nu ajunge la crimă; el nu ajunge la crimă pentru că el topeşte instinctele criminale în fondul său interior, le dizolvă într-o magmă în care el singur este delincvent şi judecător, sclav şi stăpân, copil şi părinte".

Constrâns din interior de către fenomenul obsesiv, psihastenul, după opinia lui K. Schneider, are o viaţă interioară suplă, mlădioasă, dar tot atât de anxioasă în profunzimile sale, ceea ce-i conferă nesiguranţă, nelinişte, sentimente de culpabilitate, inferioritate, de insuficienţă şi pentru care „Fabulaţia obsesivă este un simbol în care dorinţa nesastifăcută se trăieşte şi se epuizează în forme inocente" şi accentuează, de asemenea, că: „În fond în orice act obsesivul autentic este onest şi socialmente necondamnabil".

P. Janet afirma că scăderea tensiunii psihologice determină o denivelare de ansamblu a sistemului psihic şi, prin urmare, se instalează o dizarmonie a actelor intrapsihice deoarece, aşa cum spunea autorul, „totul în psihism se reduce la act".

Scăderea tensiunii psihice ce determină disfuncţionalitatea proceselor volitive, prosexice şi ideo-afective necesare sintezelor mintale şi capacităţilor de coordonare adaptativă, mobilizării de energie necesară desfăşurării actului, duc nu numai la dificultatea deliberării, la fenomenele dubitative de oscilaţie şi neîncredere, denotă atât hipoenergism dar mai ales la o simplificare şi decomplexificare a vieţii psihice, o sărăcire a bogăţiei

relaţiilor psihice şi o relaxare a interrelaţiilor dintre procesele psihice cu intervenţia unor „idei fixe" abstracte care se supun unor automatisme cu mult prea profunde. De aceea, psihastenicul se pierde în amănunte nesemnificative, abstracte, de multe ori fără legătură cu realul, idei cu desfăşurare automatică şi puternic încărcate de nelinişte şi anxietate.

Ca atare, personalitatea psihastenică nu va percepe corect realul; ea se află departe de acesta, pluteşte în abstract dar nu se poate desprinde de concret căruia îi conferă generalitate însă cu un minus în percepţia lumii şi la un nivel sub obişnuit, şters, estompat, cu defectivităţi privind concluziile evocărilor experienţelor trecute şi incertitudini privind acţiunile viitoare.

Se spune în mod corect că obsesivul şi psihastenicul sunt structuri complementare şi doar la modul ideal, teoretic, ele ar fi structuri realmente distincte, după cum se poate de asemenea afirma că nu este obligatoriu ca un obsesiv să fie şi psihastenic, însă psihastenicul la rândul său nu este obligatoriu să fie şi un obsesiv ci dimpotrivă el dezvoltă rar o nevroză obsesională cu decompensări depresive şi îndeosebi la femei în a doua jumătate a vieţii.

Psihastenia ca particularitate tipologică de personalitate poate realiza un cuplu temperamental-caracterial normal sau o personalitate asimptomatică accentuată, sau va prezenta decompensări şi dezvoltări nevrotice obsesive sau neurastenice. Trăsăturile caracteriale psihastenice, în afara unei constituţii ereditare de acelaţi tip, se traduc, de obicei încă de la vârsta copilăriei ca o modalitate evolutivă psihogenetică ce se realizează sub semnul hiperprotecţionalismului familial, cel mai adesa al mamei. Este cunoscut din studiile longitudinale efectuate de către psihologi şi psihiatri că hiperprotecţionismul nu permite o dezvoltare independentă, cultivă nesiguranţa, anxietatea, incapacitatea de decizie, de iniţiativă, de autoconducţie, şi stimulează nevoia de spijin, de aprobare şi de confirmare a actelor. Hiperprotecţionismul favorizează timiditatea, introspecţia cu tendinţă la meditaţie îndelungată şi nesigură, cultivă desprinderea de lumea obiectivă cu tendinţă la visare, la oscilaţie, indecizie, insecuritate, hiperemotivitate, limitează libertatea de desfăşurare a actelor, sărăceşte cunoaşterea realităţii şi scade nivelul de elaborare a convingerilor şi a certitudinilor proprii.

V. A. Ghiarovski menţionează tendinţa unor autori de a diferenţia psihastenia constituţională de „reacţia obsesivo-fobică" şi a face din aceasta din urmă o entitate nozologică dinstinctă - „nevroza obsesivă" şi al cărui punct de plecare îl constituie frecvent senzaţia de teamă, scrie autorul.

O analiză clinică pertinentă va evidenţia că reacţiile obsesive se dezvoltă pe un *fond constituţional premorbid psihastenic* „care prin el însuşi nu are caracter patologic propriu-zis" aşa cum se exprimă P. Brânzei deşi psihastenicii constituţionali pot prezenta periodic decompensări obsesive, fobice, stări depresive, melancolice şi pot avea perioade lungi de remisiune cu activitate productivă sau creatoare, uneori remarcabilă. Atunci când la un psihastenic a apărut decompensarea reactivă obsesivă prin stres emoţional sau suprasolicitare această reacţie atestă „preexistenţa unui teren de instabilitate nervoasă ... cu o permanentă stare de aşteptare anxioasă ...

de teamă nemotivată de a nu muri" (V. A. Ghiliarovski), indiferent de structura temperamentală.

Psihastenicul puber dezvoltă faţă de problemele sexuale nelinişte şi teamă, excesul de sexualitate provocându-i îndoială şi nesiguranţă, elaborări fantasmatice şi de multe ori tendinţă la masturbare cu deturnare imaginativă a unor pulsiuni instinctiv-emoţionale normale. De aici atitudini echivoce, iluzii, aventuri imaginare care îi aţâţă şi mai mult curiozitatea, îi măresc neliniştea şi anxietatea, adâncesc timiditatea şi-i accentuează scrupulozitatea.

Psihastenicii sunt firi hiperestezice şi, deci, impresionabile, nesigure şi ca atare uneori uşor influenţabili dar cu grijă egofobă pentru liniştea personală, scrupuloşi, capabili şi obsesional de perseverenţi, au un caracter egocentric şi orgolios, obstinaţi iar uneori ironici pentru a se apăra, ironia fiind „o supapă pentru agresivitate" şi un mecanism de detensionare cataractică.

Conştiincios prin excelenţă, rigid moral, conservator, cu gândire rigidă, psihastenicul nu suportă din hipersensibilitate obişnuită incorectitudinea dar nu se revoltă în faţa diferenţelor dintre realul ce nu-l poate stăpâni şi imaginarul ce nu-l poate realiza, neputându-se împotrivi circumstanţelor reale, fiind ataşat unor fenomene ideo-afective superioare cărora nu se poate hotărâ să le confere semnificaţii finale şi orientări de certitudine şi, de aceea, nu acţionează conform conştiinţei morale care-l stăpâneşte şi-l derutează în egală măsură. Faptul că se ataşează de un ideal irealizabil, se lasă uneori influenţat de circumstanţele cele mai insignifiante ce-i demolează semnificaţiile valorice fluctuante împotriva căror împrejurări nu luptă decât foarte rar, fiind prizonierul unor sentimente de culpă şi chin moral pe care şi le procură din prea multă prudenţă şi dintr-o scrupulozitate funciară, dublată de perseverenţă, tenacitate, autoritarism, încăpăţânare şi avariţie.

Sintezele mintale ale psihastenicului se realizează cu dificultate doarece obiectivarea se face cu dificultate fiind dezinteresat de real, iar obiectivarea se face la un nivel inferior conferit de starea hipnoidă în care şeful de orchestră al sintezelor şi operaţiilor mintale este deţinut de intensitatea emoţiei.

Psihastenicul este disperat, dubitativ, dezordonat, abulic, aprosexic atunci când este grevat de o emoţie puternică, acţionând spontan şi ininteligibil, angajându-se în mai multe acţiuni pe care nu le poate ordona şi coordona şi pe care le desfăşoară şi le finalizează cu întârziere nepermisă. Alte ori acţiunea se consumă doar pe plan mintal, ceea ce-l face particular de apragmatic. Fiind sub stăpânirea a ceea ce este automatic şi cu chelttuială mică de energie, pentru el lumea este confuză, neclară, fără semnificaţie deplină şi sens clar, de unde şi sentimentul de a se percepe ca deficitar şi incomplet. De aici derealizarea şi depersonalizarea psihastenicului.

Indisciplinat din nesiguranţă şi incostant cu sine prin labilităţile interioare, deşi suportă şi chiar doreşte să fie condus, din incapacitatea de a

prelua realul prin incapacitatea conferirii de sensuri optimale acţiunilor şi deasemenea se supune greu unei discipline autoelaborate sau prescrise.

Fiinţă imaginativă prin excelenţă, psihastenul, graţie dominării emoţiilor, înclină structural spre visare cu o intuiţie empatică, deseori remarcabilă prin prospeţimile sale infantile. Este prietenos cu prudenţă, dar profund şi constant în prieteniile pe care le realizează în timp cu atâta dificultate şi neîncredere.

De fiecare dată psihastenicul realizează sinteze dintr-o nebuloasă de senzaţii, percepţii şi imagini rarefiate, sărace, cu legături laxe şi cu conexări de limbaj nesigure, fluctuante, cu semnificaţii incerte extrase din profunzimile paleopsihice şi arhipsihice, arhetipale, cu tendinţă la fantasme, la reverie, gândire abstractă, eterizată, în care substitutele fantasmatice de realitate nu pot conferi certitudini şi nici edifica sinteze mintale concordante cu realitatea având uneori sentimentul de déja vu prezent uneori la psihastenici.

Psihastenicul este o persoană aparte, nu numai din punctul de vedere al trăsăturilor psihologice, dar şi al particularităţilor biopsihice fundamentale şi temperamentale ca şi al reactivităţii de fond a substratului morfofuncţional dinamic cerebral. De cele mai multe ori, în cele mai diverse studii asupra scăderii tensiunii psihologice, aşa cum a fost prezentată de P. Janet, se uită că în studiile sale autorul vorbea despre psihastenici ca despre persoane la care are loc *„o scădere a tensiunii psihologice dar totodată şi nervoase"* (subl. ns. - M. Ş.). Cu alte cuvinte, scăderea tensiunii psihologice nu este, în concepţia autorului, un fapt pur psihologic, ci reprezintă consecinţa scăderii *„vigorii generale care se poate denumi neurastenie (stenos)"*, şi, mai departe: *„Este destul de probabil că această tensiune psihologică corespunde unei oarecare tensiuni fiziologice şi fizice care există în sistemul nervos central"*. Deci, în concepţia lui P. Janet, scăderea *tensiunii psihologice* pe care o aseamăna cu *criza de psiholepsie*, aşa cum o denumise Meschede, are un substrat morfo-funcţional perturbat, iar: *„Dacă scăderea este durabilă, ea constituie acea stare psihologică inferioară permanentă pe care eu am desemnat-o sub numele de psihastenie"*, (subl. ns. -M. Ş.) scrie autorul *şi care se apropie din acest punct de vedere de neurastenia lui Beard.* În momentul când a scăzut tensiunea psihofiziologică se instalează procesul neurasteniei şi anume, atunci când „voinţa ... este slăbită ca toate stările de conştiinţă care o preced", de unde şi dificultatea concentrării sistemului psihic şi a conştiinţei pentru a realiza tensiunea psihologică normală şi respectiv relaţiile normale semnificat-semnificant.

Modificările de substrat morfo-funcţional dinamic cerebral de natură predominant constituţională sau dobândită prin acţiunea defavorabilă a unor factori exogeni negativi va determina scăderea nivelului operaţiunilor mintale, fenomene de *variaţie ale tensiunii psihologice şi de „oscilaţie ale nivelului mintal"* cu rol important în patopsihoplastica psihastenică.

P. Janet semnalează un fenomen particular de interesant pentru psihopatologia psihasteniei, care, în mod obişnuit, a atras mai puţin atenţia psihiatrilor ca şi neurofiziologilor şi anume, *stările hipnoide*:

„În cursurile mele din 1901 asupra „somnului şi stărilor hipnoide" - scrie autorul -, în mod constant am dezvoltat această idee că veghea şi somnul ne prezintă unul din cele mai frumoase exemple ale marilor oscilaţii ale nivelului mintal. Se regăsesc în vis toate tulburările caracteristice scăderii tensiunii psihologice. Abulia, lentoarea, încăpăţânarea, absenţa adaptării caracterizează acţiunea celor ce visează, ca distracţia, strâmtorarea câmpului conştiinţei, absenţa comparaţiei şi a criticii ce caracterizează atenţia lor. Există în vis amnezia continuă care împiedică fixarea şi persistenţa amintirilor, există, de asemenea, lucru curios, amnezia retrogradă sau a memoriei întârziate, căci visul nu se raportează la evenimentele zilei, ci asupra faptelor îndepărtate în trecut. Se remarcă facil în vis automatismul, repetiţia indefinită, declamarea, iluziile în aprecierea timpului, sentimentul de ciudat, de deja-vu, îndoiala, dedublarea etc. Noţiunea de scădere a tensiunii psihologice înţeleasă cu precizie, este unul din cele mai bune rezumate care se pot da stării de spirit în timpul visului".

În fond, starea hipnotică este limita extremă a stării hipnoide, a oscilaţiilor nivelului mintal. Ni se pare că însuşi P. Janet insistă mai puţin asupra acestui fenomen extraordinar reprezentat de starea hipnoidă pe care-l asimilează termenului, poate prea generic, de *„scădere a tensiunii psihologice şi nervoase"*. Noi considerăm că nu numai în bolile psihice are loc o scădere a tensiunii psihologice, dar şi în cazul unor maladii psihosomatice pe de o parte, iar pe de altă parte, aşa cum sublinia însuşi P. Janet, acest fenomen este întâlnit şi la persoanele normale şi are oscilaţii cronopsihologice în raport de vârsta subiectului considerat ca individualitate concretă. Starea hipnoidă se dezvoltă pe un anumit teren şi posedă anumite particularităţi pentru a realiza ó astfel de stare şi apoi o dezvoltare şi respectiv o tulburare psihastenică sau psihasteniformă, care poate sau nu să prezinte simptome obsesiv-compulsive. Dinamica stărilor hipnoide se raportează calitativ la nivele diferite de conştiinţă şi respectiv de funcţionalitate a sistemului psihic, ce cuprinde atât normalitatea psihică, atât stările la interferenţă cu normalitatea ca şi cele psihotice, atât creativitatea ştiinţifică sau artistică, ca şi elaborările delirante. Ceea ce ni se pare important în aceste fenomene, nu este numai starea de tensiune scăzută psihologică şi nervoasă, dar şi calitatea operaţională a câmpului conştiinţei şi nu numai scăderea vitalităţii dar şi realizarea stării hipnoide atunci când nu are loc „... o scădere a vitalităţii ... a tensiunii nervoase" presupusă de P. Janet şi căreia numeroşi autori i-au conferit şi îi conferă un „caracter maladiv".

I. P. Pavlov vobea de un proces de inerţie patologică uneori cronic în nevroza obsesivo-fobică şi admitea transformarea acesteia în stare patologică în raport de tipul de sistem nervos (teren) determinate de „ciocnirea proceselor contrarii. ... Pe lângă terenul înnăscut sunt inevitabile cazurile de sistem nervos instabil, fragil, determinate de diverse evenimente

nenorocite ale vieţii: leziuni traumatice, infecţii, intoxicaţii şi evenimente cu un puternic efect zguduitor". I. P. Pavlov consideră deasemenea că, spre deosebire de bolnavul de isterie la care slăbiciunea generală se manifestă la nivelul celui de-al doilea sistem de semnalizare *„La psihastenic, slăbiciunea generală atinge fundamentul principal al raporturilor dintre organism şi mediul înconjurător, adică primul sistem de semnalizare şi fondul afectiv. De aici lipsa sentimentului realităţii, sentimentul permanent că viaţa este incompletă, lipsa totală de adaptare la viaţă, cu tendinţă la meditare permanentă, sterilă şi inutilă, menifestate prin idei obsesive şi fobii."* (subl. ns. -M. Ş.)

Se pare că predominarea primului sistem de semnalizare despre care aminteşte I. P. Pavlov se întâlneşte mai ales în fobii şi nu mai puţin intens în obsesii, care debutează la adolescenţă şi în care este implicat comportamentul superior ideo-afectiv şi respectiv şi cel de-al doilea sistem de semnalizare. Însuşi I. P. Pavlov remarca faptul că „psihastenicul ... aparţine tipului (de sistem nervos) slab, comun, combinat cu cel meditativ". La fel ca şi P. Janet, I. P. Pavlov subliniază că: *„Slăbirea procesului excitator determină predominanţa celui inhibitor, atât general cât şi parţial sub formă de somn şi stare hipnoidă, cu numeroasele sale faze, din care cele mai caracteristice sunt faza paradoxală şi ultraparadoxală"*. (subl. ns. -M. Ş.) Apare aici aceeaşi stare hipnoidă despre care vorbea P. Janet, la care se adaugă sub raport dinamic, *parabioza* cu fazele sale paradoxale şi ultraparadoxale şi care, desigur, nu epuizează în fond fenomenul psihofiziologic atât de important cum este starea hipnoidă. În stările hipnoide normale ca şi în cele patologice, participă, în afara legităţiilor de funcţionalitate ale substratului morfo-funcţional dinamic cerebral, atât *structurile afective arhipsihice, paleopsihice, neopsihice* şi îndeosebi conştiinţa modificată sub raport operaţional îndeosebi în ce priveşte semnificaţiile. După opinia noastră, fenomenul scăderii tensiunii psihologice descris de P. Janet ca fiind particular psihasteniei, se întâlneşte şi în stările isterice ca şi în schizofrenie, în melancolie ca şi în parafrenie sau paranoia în care au loc procese de inerţie stagnantă calitativ şi cantitativ diferite. *Ceea ce deosebeşte calitativ starea hipnoidă în aceste stări este se pare tocmai nivelul deosebit la care se desfăşoară, dar şi calitatea operaţiilor sistemului psihic şi îndeosebi calitatea sistemelor operaţionale de semnificare ale câmpului conştiinţei.* Este, de asemenea, de presupus cantitativ şi calitativ o stare particulară a relaţiilor de lucru cortico-subcorticale în fiecare din stările patologice care determină reactivitatea psihofiziologică particulară configuraţiei de ansamblu privind procesualitatea organizării sistemelor dominante neurofiziologice şi a constructelor ideo-afective în care terenul şi modelările formative particulare fiecărei individualităţi deţin un loc important din punct de vedere psihologic şi psiho-patoplastic. Din cele de mai sus rezultă tendinţa la izolare, introspecţia, inhibiţia afectivă particulare psihasteniculuí.

Cumularea conflictelor, ca situaţiile generatoare de perturbări psihopatologice la psihasteni este favorizată de contradicţiile dintre principiile morale, rigide, dintre stările complexual-structurale operaţionale

intrapsihice care nu determină la aceştia tensionare ca în cazul bolnavilor anancaşti. Bolnavul psihastenic prezintă o simptomatologie de acompaniament reprezentată de anxietate, depresie care, prin caracterul lor amintesc tipul reactivităţii de natură predominant endogenă de unde şi confuzia cu depresia. Cu acest din urmă punct de vedere sunt de acord unanimitatea psihiatrilor fără a se pierde din vedere intervenţia factorului exogen psihogen predominant în care se include şi dezvoltarea obsesivă reactivă.

În situaţiile critice, psihastenicul resimte frecvent stare de oboseală sau de epuizare ceea ce-l determină la forţarea creşterii tensiunii psihologice prin intermediul sporirii efortului sau a folosirii unor substanţe psihoenergizante.

Instalarea unei simptomatologii nevrotice se exprimă în psihastenie prin abulie, anxietate, depresie, accentuarea trăirilor compulsive, ruminative, a îndoielilor şi nehotărârii. Evoluţia în pusee a decompensărilor nevrotice psihastenice, a determinat pe unii autori să apropie psihastenia de un fond structural apropiat ciclotimiei.

Psihastenicul prezintă stare de oboseală continuă, totul îi devine îndepărtat, nu percepe uşor trecerea timpului, are disgripnii, cefalee până la senzaţia de vid cerebral, de voal prin care vede lumea. Simptomul fundamental al psihasteniei este starea egofobă de sfârşeală, impresia generală de epuizare şi de neputinţă ce impregnează difuz toate structurile superioare ale vieţii psihice, ideo-afective şi volitive cu apariţia obsesiilor, fenomene care după Janet constituie în plan subiectiv „sentimentul de neumplere".

Randamentul intelectual remarcabil al psihasteniculuí decompensat obsesiv reactiv deşi nu suferă evidente manifestări calitative este, totuşi, scăzut ca ritm din cauza stării de oboseală şi a tensionării anxioase compulsive.

Labilitatea vegetativ-emoţională care cuprinde pe bolnavi, ne determină să subliniem necesitatea examenului somatic detaliat la psihastenici, la care se constată pe lângă hiperemotivitate şi instabilitatea neuro-vegetativă şi semnele de imaturitate psihomotrică, tulburări umorale, endocrine şi ale activităţii sexuale îndeosebi etc.

Nu întotdeauna însă caracteristicile clinice psihastenice sunt nete şi de aceea trebuiesc căutate atent „micile semne" ale lui Vurpas şi care constau din: desele verificări ale actelor simple, diurne, cum ar fi stingerea unei lumini, închiderea unei uşi sau a unui robinet, scrierea corectă a adresei şi timbrarea corectă a unei scrisori, ezitările asupra calităţii, opurtunităţii, preţului etc. a cumpărăturilor curente, scrupule asupra corectitudinii în îndeplinirea unor acte care presupun o responsabilitate sau o angajare a conştiinţei morale. Aceste „mici semne ale psihasteniei" au practic o valoare cu atât mai semnificativă în afirmarea bolii cu cât se găsesc mai de timpuriu, încă din copilărie permiţând, uneori, situarea în timp a primelor manifestări ale bolii, în afara oricărui fenomen clinic manifest.

În decompensările psihice grave, P. Janet a descris o serie de simptome care sunt reprezentate de *sentimentele de derealizare, de depersonalizare*, de *déja vu* sau *jamais vu, obsesii compulsive, reprezentări obsesionale*, forme care în mod obişnuit nu ajung până la alterarea discernământului şi deci până la psihoză, dar care interferează evident domeniile de manifestare psihopatologică ale epilepsiei sau ale schizofreniei îndeosebi.

În ce priveşte tulburările senzitive şi perceptive, psihastenicii acuză senzaţii dureroase în diverse regiuni corporale pe care nu le pot suporta din cauza hiperesteziei de atingere sau mişcare. Cenestezia ca şi fenomenele complexe situate între durere, frică, tristeţe însoţesc disproporţionat fenomenle psihopatologice exprimându-se prin tulburări de circulaţie, de respiraţie, transpiraţii reci etc., algii precordiale, ale pielii, capului, dinţilor, linguale, algii ale membrelor, organelor genitale, vezicii urinare, ureterului, anusului etc., acompaniate de trăirea emoţională inoportună egofobă aproape continuă legată de o anumită parte din corp în cazul algiilor propriu-zise sau care apar şi se dezvoltă în momentul implicării în activitate şi atunci se exprimă prin fobiile funcţiilor (mişcării braţelor, mersului, alimentaţiei, deglutiţiei, digestiei, respiraţiei, vorbirii, mirosului, auzului, vederii etc.).

Ph. Chaslin nota că „Unii psihastenici resimt senzaţii bizare, nedefinite, în unele părţi ale corpului, care lor li se par schimbate, stranii şi străine, gambele lor, de exemplu, nu mai par că le aparţin etc. Aceste senzaţii alternează cu senzaţiile dureroase cu care ele se combină. Pe de altă parte, există senzaţii dureroase fixe care au fost denumite „topoalgii" (Blocq) şi de către unii autori „cenestopatii" (Dupré).

„Aceste tulburări, *depersonalizare, impresia de stranietate* a „Eului" şi a unor obiecte, pot să se întindă şi să dureze la unii psihastenici care au impresia că lumea exterioară nu este decât un vis, că ei nu mai trăiesc etc. Krishaber, de mult timp, a descris aceste cazuri stranii sub numele de *nevropatie* cerebro-cardiacă, şi studiul lor a fost completat de Pierre Janet. Dar fondul tulburării, durabilă sau pasageră, pare totdeauna a fi o alterare a acestei impresii generale care însoţeşte toate operaţiunile noastre intelectuale, şi pe care Pierre janet îl denumeşte *impresia realului*" (Ph. Chaslin, *op. cit.*, p. 187-188).

Bolnavul psihasten, egofob prin excelenţă, cu totate trăirile sale care-l asediază penibil şi-i perturbă liniştea, rămâne, din punctul de vedere al lucidităţii conştiinţei şi a capacităţii critice de a aprecia valoarea ideilor şi libertatea morală, de a păstra integritatea funcţiilor sistemului psihic şi a-şi organiza comportamentul ideo-afectiv, expresiv şi emoţional, la interferenţă cu normalitatea. Întreaga dizarmonie psihică a psihasteniculuinu perturbă în mod esenţial sistemul de semnificaţii cu care operează conştiinţa sa şi prin urmare, din acest punct de vedere nu are loc o dezvoltare alienantă în aprecierea sistemului de relaţii intra- şi interpsihice. Chiar dacă trăirea sa penibilă conferă eventual pacientului, alături de coloratura emoţională şi de starea de depresie, care le acompaniază, sentimentul de incompletitudine şi

de defectivitate psihologică, bolnavul nu pierde discernământul asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale.

Decompensarea clinică a unui bolnav psihasten aduce pe prim plan o simptomatologie accentuată, uneori caricaturală, angoasantă care, însă, este, de obicei, depăşită, rămânând în structura sa psihică intercritică acele particularităţi fundamentale de structură bio-psihică şi temperamentală care constituie însăşi fondul structural caracterial al psihasteniculuí.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2819
Biblioteca Personală

ANEXA - I

Nebunia îndoielii (cu delirul de contact)
Legrand du Saulle
Gazette des Hôpitaux, sept.-dec., nr. 114, 1875

„Mulţi alienaţi parţial, foarte interesant de studiat, având despre ei înşişi o cunoaştere foarte aprofundată şi care nu-i face decât mai nefericiţi, se înşeală într-o aventură fără etică aparentă şi se frământă cu oarecare nelinişte pe terenul fragil al raţiunii limitate.

Dacă bolnavii atinşi de nebunie (conştienţi) nu se întâlnesc decât cu titlu excepţional în spitalele de alienaţi, ei se prezintă mai puţin spontan la examenul medical. Ei se exprimă în termeni foarte caracteristici, descriu întrega lor angoasă cu cea mai mare bună-credităţă, descriu suferinţele şi durerile, deplâng manifestările lor morbide, cer cu insistenţă şi emoţie vindecarea lor şi doresc să fie calmaţi în aceeaşi clipă. Au nevoie de o asigurare din afară că vor fi imediat liniştiţi; sunt dispuşi la confidenţă cu o credulitate infantilă.

Nebunia îndoielii (cu delirul de contact) este una dintre cele 4 variante nosologice ale nebuniei cu conştiinţa clară. Ea este constituită printr-un fel de delir activ, expansiv, fără nici o legătură cu delirul de persecuţie şi delirul melancolic şi ea a fost considerată în mod greşit până în prezent ca făcând parte când din ipohondrie când din isterie. Necunoscută sau cu greu bănuită de către autori, nedescrisă şi încă neclasificată, dar totuşi întrevăzută de către Esquirol, Falret-tatăl, Baillarger, Griesinger, Morel şi J. Falret care au raportat sporadic câteva exemple în diverse împrejurări şi în mod provizoriu.

Voi încerca să demonstrez că această alienare foarte specială are o existenţă aparte, ce constituie un capitol din nefericire foarte real al patologiei inteligenţei şi care se pretează în mod fericit unei expuneri simptomatologice generale uşor de recunoscut.

Aceste expresii, „nebunia îndoielii (cu delir de atingere)" impun foarte manifest intenţia formală de a desemna boala prin semnele sale clinice predominante: interogaţia mentală produsă de îndoială şi credinţa legăturii cu obiectele exterioare. Îndoiala deschide scena morbidă. Mult timp după aceea, exagerările manifestării o închid. În precizarea bolii, îndoiala şi atingerea trebuie să fie reunite. Aceasta va fi probabil singurul mod de a fixa atenţia pentru totdeauna asupra celor două particularităţi patologice fundamentale ale nevrozei.

Mai întâi este important să se stabilească într-o manieră sistematică că boala nu este deloc continuă, se manifestă periodic prin pusee, că este străbătută de perioade de suspendare uneori destul de lungi, încât s-ar putea crea impresia unei vindecări definitive şi care, în evoluţia sa lentă trece prin trei etape foarte nuanţate şi bine diferenţiate una de alta.

Prima perioadă

La început şi în prima perioadă, bolnavul se bucură de toată plenitudinea judecăţii sale, dar el este bănuitor, susceptibil, irascibil, exigent, egoist, temător şi visător. Părând că-i lipseşte încrederea în el însuşi, el verifică ceea ce face, controlează ceea ce-a spus, reciteşte ceea ce scrie şi aduce în actele sale, de puţină importanţă, un adevărat lux de precauţie. Pare să trăiască într-un fel de ezitare interioară constantă: îşi repetă în gând, pentru el însuşi, aceleaşi cuvinte, este condus la aceleaşi acte, petrece o parte din timp să delibereze în gol, să-şi pună întrebări şi să răspundă la ele, să se neliniştească, să-şi blesteme lipsa de pătrundere, să se angoaseze din ce în ce într-o luptă intelectuală sterilă şi fără împliniri posibile, să nege evidenţa cea mai convingătoare, să piardă curajul şi să se lase înfrânt de oboseală. Se îndoieşte.

Că este obsedat de oarecare idei, ceea ce variază în funcţie de individ, de gradul său de instrucţie şi de mediul său, aceeaşi serie de gânduri morbide se impun spiritului său, îşi fac sediul în oarecare măsură şi care timp de câteva luni, un an sau zece îi este nota dominantă.

Că bătaia sa de cap (idee predominantă, obsesivă) se îndreaptă către Dumnezeu, Fecioară, naşterea lui Christos, creaţie, natură, viaţă, înţelegere umană, soare, lună, stele, diferenţa sexelor, conformarea organelor genitale, somnul, moartea subită, iertarea ofenselor, uitările de spovedanie, hârtia sau creioanele - astea sunt, din ceea ce am observat, subiectele care se oferă cel mai adesea cugetării psihologice - şi sunt în jurul ideii morbide se va concentra toată munca intelectuală.

Iată cu siguranţă un cerc foarte restrâns în aparenţă de preocupări, de discuţii şi de controverse; ei bine, atât de limitat cât se presupune că este acest orizont psihologic, el este apt totuşi să se exerseze asupra lui însuşi, să trăiască pe contul său propriu, să se reproducă într-un mod invariabil şi să determine ca urmare, temeri ridicole, ciudăţenii, acte cu totul insolite care, la majoritatea indivizilor atinşi de nebunia îndoielii, prezintă multe puncte similare surprinzătoare.

Şi, lucru foarte remarcabil, oricât de neasemănătoare sunt ideile patologice, în această primă perioadă, actele vor fi îndeplinite mult mai târziu, în timpul celorlalte două faze, nu vor fi mai puţin identice.

Dacă îndoiala este la început baza fundamentală a stării mentale şi dacă ea duce pe neaşteptate la subiecţii cei mai dispersaţi, ea nu duce ca urmare, decât la excentrităţi absurde, la spaime groteşti, la spălări pe mâini de 200 de ori pe zi.

Controlul atent şi repetat care se exercită asupra mărunţişurilor şi precizia morbidă care se găseşte fără a fi nevoie, atrag atenţia. Dacă se examinează atent individul nehotărât care începe să se îndoiască, se remarcă că el se asigură în mai multe reprize că totul este bine, că scrisoarea pe care o va duce el însuşi la poştă este ortografică; că şi-a închis casa de două ori, că uşa apartamentului este închisă, că are cheia în buzunar, că acesta nu este descusut.

În mai multe cazuri, s-a observat că erau oameni învăluiţi de gândurile lor maladive chiar de când se reduc la tăcere, ceea ce le făcea imposibilă îndeplinirea actului venerian.

Aceşti bolnavi ciudaţi şi nefericiţi au conştiinţa cea mai absolută asupra stării lor. Ei vă spun: „eu nu pot să vreau să mă ocup de asta...".

Este o circumstanţă care se impune mult şi care explică cum prima perioadă a nebuniei îndoielii (cu delirul atingerii) poate trece neobservată: este tăcerea păstrată de bolnav. Confidenţele semnalează începutul celei de a doua perioade şi fac atunci posibilă intervenţia medicală, binefăcătoare şi sigură. Urmează o serie de observaţii evocatoare despre bolnavii obsedaţi de „de ce" şi „cum", de teamă etc., observaţii ale autorului, ale lui Griesinger, dintre care, în special, cele din 1867 privind „un prinţ rus, în vârstă de 34 ani ... care a comis mari excese ... devenit frigid ..., afectat de o îngustare a canalului uretal şi o atrofiere a testiculului stâng ...", atins de obsesia „de ce"-ului şi „cum" şi căruia i s-a prescris un tratament hidroterapeutic.

A doua perioadă

După atâtea nelinişti, eforturi, lupte şi suferinţe, bolnavii, după ce au căutat cu obstinaţie care a putut să fie cauza atâtor idei fixe, de perturbări ciudate şi acte mai mult decât bizare, interoghează la rândul lor medicul. Ei devin interogatori neânduplecaţi. Medicul, căutând el însuşi soluţia atâtor întrebări, se inspiră din dificultăţile situaţiei şi răspunde cât mai puţin rău, dar el se raportează la cuvintele semnificative ale lui Maine de Biran: „De unde vine faptul că obiceiurile noastre devin deodată fără efect? Ce înseamnă aceste înclinaţii, aceste idei persistente care, punând stăpânire pe imaginaţia noastră, persistă în ciuda voinţei şi ocupă locul celor mai vechi obiceiuri? De ce o anumită inerţie în organul gândirii, o dispoziţie în a urmări cu persistenţă un anumit număr de idei ..." (Despre obişnuiţele pasive).

Semnul care separă prima perioadă de cea de a doua consistă în revelaţiile absolut neaşteptate ale bolnavului, în povestirea de suferinţe nebănuite, într-un sistem de întrebări fără sfârşit, în solicitarea repetată de cuvinte care să-i asigure şi în extrema uşurinţă cu care o persoană din anturaj împrăştie perplexităţile, în aparenţă cele mai vii.

Fără nici o compromitere fatală, necesară, demonstrabilă a facultăţilor, un bolnav vă declară că-i este frică să atingă monede şi că el are mereu mănuşi pentru a primi sau a da aur sau argint; că obiectele metalice lucitoare îl înspăimântă, că el nu se atinge de soneriile de la uşă decât după ce şi-a învelit mâna cu batista sau pulpana redingotei sale! Dumneavoastră îl întrebaţi, iar el declară că-i este teamă să nu fie acuzat de a fi deturnat câteva valori de aur sau argint, că se teme de murdăria obiectelor şi că ţine să evite contactul cu substanţe răufăcătoare sau toxice. Sub imperiul acestor temeri, femeile de exemplu, se spală pe mâini de mai multe ori pe zi ...

În acest moment, bolnavii sunt obositori, exigenţi şi intrigaţi. Ei se refugiază cu obstinaţie în ideile lor fixe, îşi exaltă sensibilitatea, le place să se plângă, plâng, se lamentează pentru nimicuri, se cred nefericiţi şi ar

prefera, spun ei, mii de morţi acestor impresii pe care le resimt şi neliniştilor care-i torturează. Limbajul lor este plin de imagini, exagerat, iar în atitudinea lor se constată o oarecare punere în scenă. Durerea lor, interpretată invers, aminteşte compasiunea, neîncrederea sau râsul. Această durere este reală...

Urmează o serie de observaţii dintre care cea a elveţianului Morel care, de mai mult de 25 de ani, nu se atinge de halebarda sa ...

"Aversiunea faţă de un animal este un fapt general la aceşti bolnavi. Câinele, pisica sau şoricelul sunt cel mai adesea obiectul unei repulsii patologice ..."

Teama de câinii turbaţi, de muşcături, de saliva rabică pare să fie frecventă în această perioadă, după cum concluzionăm din mai multe observaţii, cum este cea a primarului unui mare oraş, atins de fobia contactului şi mai ales, de cea a muşcăturilor câinilor turbaţi, şi care înmulţesc deciziile municipale împotriva câinilor neţinuţi în lesă.

Când bolnavii merg spre sfârşitul celei de a doua perioade, ei se leagă de o persoană din anturajul lor, nu vor s-o mai părăsească, îi solicită aceleaşi explicaţii, aceleaşi cuvinte linguşitoare. Această persoană este ca şi într-o închisoare, este ţinută până la a se sacrifica complet, i se cere să nu se ocupe de nimic în afară de ei, să împartă cu ei până şi camera. Această nevoie indispensabilă a unei afirmaţii străine şi această uşurinţă în a se lăsa liniştiţi sunt demne de remarcat ... dar acest mijloc devine din ce în ce mai puţin eficace.

Teama continuă de a fi atins obiecte murdare sau conţinând substanţe toxice, de a se fi înşelat în numărarea monedelor, de a fi luat cu el lucruri din neatenţie, de a fi făcut rău cuiva fără intenţie sau teama de a contamina pe ceilalţi prin atingere, conduc bolnavii la practici exagerate şi absurde de curăţenie, la spălări repetate, la monologuri fără sfârşit asupra întrebării dacă orice urmă de murdărie a dispărut. Niciodată ei nu reuşesc să fie satisfăcuţi, să se convingă, chiar în faţa evidenţei. Deşi îndoiala s-a diminuat apreciabil, ea se regăseşte încă şi s-a pus în serviciul temerilor delirante. Aceasta este nebunia îndoielii (cu delirul atingerii).

Ajunşi, după un timp destul de lung, la sfârşitul celei de a doua perioade, bolnavii sunt din ce în ce mai temători, neliniştiţi, schimbători şi, în timp ce le vezi sporind spălările, scuturându-şi degetele sau frecându-şi-le unele de altele, petrecând ore întregi la toaletă, se observă pe de altă parte că ei nu-şi schimbă lenjeria, îşi pun aceleaşi haine, terminând prin a fi acoperiţi de zdrenţe.

Nu numai că aceşti deliranţi merg din excentritate în excentricitate, merg pe vârful degetelor, pentru a se aşeza iau cele mai puerile precauţii, îşi învelesc mâna pentru a tinge un obiect metalic, împing uşile cu piciorul, nu-şi închid şi nu-şi deschid ferestrele, îşi imaginează aceleaşi absurdităţi - ei au conştiinţa de ceea ce fac şi chiar mărturisesc aceasta. Aceşti nenorociţi, pentru a implora grija noastră, dau de-o parte orice amor propriu, se umilesc. Cu cuvinte încurajatoare, trebuie să facem să înceteze o asemenea atitudine deplasată.

Bolnavul trebuie să-şi revină în demnitatea sa, să se încredinţeze medicului. Bolnavul trebuie luat în considerare, să nu i se permită decăderea, să-l încurajăm.

După ce s-a semnalat vulnerabilitatea acestor bolnavi la lectura unor fapte diverse din ziare, care-i impresionează puternic (crime, sinucideri, execuţii judiciare) şi după ce s-a cerut o restricţie a etalării ziarelor cu evenimente oribile, autorul dă mai multe observaţii exemplare. Fazele suspensive sunt frecvente în cele două perioade, absente în faza următoare.

A treia perioadă

Pradă unor nelinişti continue, unor suferinţe fără încetare, pierzând în fiecare zi puţin din această activitate pe care noi le-am cunoscut-o, deziluzionaţi de ceilalţi, de medicină şi de medici, apreciind mereu cu o conştiinţă perfectă situaţia lor şi anomaliile ciudate a actelor lor, bolnavii îşi fac dreptate ei înşişi, ies din ce în ce mai puţin, abandonează cabinetele de consultaţii, nu mai urmează tratamentul, rămân retraşi la ei acasă. Incapabili de a ieşi în public, de a îndeplini obligaţii obişnuite, ei se îndepărtează; deveniţi nesociabili, ei fug de lume. Orizontul li se limitează din ce în ce, cercul ideilor delirante se micşorează, neliniştile cresc, iau un caracter confuz, egoismul se dublează, încetineala mişcărilor creşte, orele sunt risipite cu pregătiri de toaletă, cu vagi temeri. Mesele dau loc la mii de griji, devin o preocupare, o încurcătură, un sacrificiu şi cer un timp considerabil. Viaţa în comun nu mai este tolerabilă. Îi urmează izolarea voluntară.

Aceasta este într-adevăr, după transformarea unei stări morbide paroxistice în situaţie patologică continuă, marele caracter diferenţial care separă a treia perioadă de cea precedentă, bolnavii renunţă spontan la relaţiile lor cu ceilalţi. Ei scriu foarte puţin, se întreţin mai puţin cu cei din jur. Îşi vorbesc lor înşişi, cu jumătate de voce apoi cu voce joasă. Nivelul intelectual nu s-a modoficat, iar demenţa nu s-a instalat.

Astfel, după ce s-a repetat că bolnavul, niciodată dement, se sechestrează şi se izolează, autorul subliniază cu Falret dubla muncă intelectuală care nu are ca spectator decât intimitatea conştiinţei şi care suscită o cheltuială de energie psihică şi de suferinţă intensă ...

Debutul nevrozei

El trece adesea neobservat, adesea intensificându-se la vârsta pubertăţii; atunci, se manifestă sub forma de scrupule de conştiinţă, putând să reapară lent, fără a trezi atenţia celor apropiaţi şi mai ales, fără ca bolnavul să se fi decis să vorbească. Delirul, la originea sa primă, este constituit de o idee bizară care se impune spiritului, această idee luând puţin câte puţin o importanţă mai considerabilă, absorbind o mare parte din activitatea psihică a bolnavului ... Punct de plecare a unor serii complexe de raţionamente care au totdeauna ca centru, ca focar de iradiere, ideea delirantă primitivă ...

Cauzele

Ele sunt căutate în predispoziţia ereditară care joacă un rol copleşitor: nebunia îndoielii (cu delirul de atingere) îşi va recruta victimele, de preferinţă, printre descendenţii oficiali ai nevropaţilor.

Ea afectează mai mult femeile decât bărbaţii şi este observată aproape întotdeauna în clasele elevate ale societăţii.

Diagnosticul

Nu poate prezenta dificultăţi după tot ceea ce noi am făcut cunoscut asupra absenţei iluziilor şi halucinaţiilor senzoriale, despre ideile, întrebările personale, reprezentărilor de imagini, incertitudinile, scrupulele, cuvintele, neliniştile, excentricităţile şi modalităţile de scriere ale bolnavilor.

Prognosticul

Este întotdeauna foarte grav (vindecările semnalate de unii nu sunt decât perioade lungi de ameliorare, de câţiva ani).

Tratamentul

Nu este solicitat decât în cea de a doua perioadă. Este de o eficacitate remarcabilă temporară şi totul depinde de o folosire riguroasă a timpului, de o viaţă regulată şi ordonată, de ocupaţii noi prescrise de energie, de îndeplinirea unei sarcini zilnice. Bolnavii cu voinţă, doritori în a se vindeca şi încrezători se supun cu totul ordinelor medicului. Trebuie trasat un program scris, oricât de neplăcut ar fi, chiar şi pentru vizitatori, şi impus cu fermitate şi convingere profundă şi o autoritate rigidă. Bolnavul apropie slăbiciunile sale neliniştitoare, ale voinţei sale, de hotărârile categorice care i se dau în numele ştiinţei şi el nu ezită. Nu-l opreşte nimic. El ascultă. Dar dacă nu primeşte decât consolări banale, admonestări paterne, promisiuni vagi, se îndepărtează şi nu mai revine niciodată. El a dorit să găsească la medic o autoritate care să comande voinţei sale, să o domine, şi nu bunăvoinţă. El doreşte un tutore care să ordone ca stăpân şi nu de complezenţă căci altfel, toate eforturile cele mai perseverente care duc spre concesii, vor eşua.

Medicaţia, izolarea în case de sănătate, băile sunt fără efect. Din contră, exerciţiile de gimnastică, hidroterapia severă şi orice gen de sarcini impuse fac minuni. Urmează câteva exemple în care autorul a prescris lecţii de engleză, germană, de pictură, echitaţie, studiul anatomiei, a fiziologiei calului, frecventarea curselor etc. Servitoarea sa, din ordinul medicului, când îşi găseşte stăpâna distrată sau visătoare, introduce îndată un servitor care spune: „Calul dumneavoastră, doamnă, este înşeuat". Bolnava înţelege, nu reziată niciodată, se îmbracă în grabă şi urcă pe cal, pe orice timp ... Călătoria pare de asemenea un bun mijloc terapeutic ...

Odată impus un program, care a fost defalcat la nevoie zi de zi, oră de oră, este extrem de rar ca sarcina dată să nu fie îndeplinită cu exactitate. Bolnavul dă dovadă de o satisfacţie copilărească, enumerând ceea ce a făcut sau a învăţat, insistând asupra regularităţii exemplare în executarea recomandărilor. În mulţumirea lui puerilă este ceva din fericirea şcolarului recompensat cu un premiu. Nu am căutat să văd dacă în acest caz, munca

reprezintă, în tratarea nebuniei îndoielii (cu delirul atingerii), un adevărat mijloc terapeutic.

Autorul îl adaugă pe Marce în „tratamentul obligat" al acestei nevroze rezumată în câteva cuvinte: hidroterapie, folosirea severă şi constantă a timpului, săruri amare, ulei de ficat de morun, feruginoase, gimnastică, supravegherea permanentă şi tutelă blândă şi hotărâtă în acelaşi timp. Bromura de potasiu aduce cele mai mari servicii în cazul onanismului inveterat, a ideilor lascive, a reprezentărilor mentale obscene şi a excitaţiei genitale ...

Să adăugăm aceste consideraţii:

" ... Oamenii de lume şi chiar un anumit număr de medici admit cu bună-credinţă că mariajul poate fi indicat ca diversiune utilă sau mijloc necesar de vindecare. Soţul sănătos spiritual este destinat nefericirii, cel bolnav nu este niciodată vindecat, ameliorat, dar adesea agravat şi astfel, poate fi pregătită apariţia unor tare patologice. Nu trebuie să se facă iluzii zadarnice asupra virtuţii terapeutice a actului conjugal, să nu se înjosească inteligenţa umană până la a o face dependentă direct de satisfacţiile sexuale, să nu se considere instituţia căsătoriei, baza fundamentală a moralei, un agent vulgar de tratament în folosul infirmilor plini de dorinţe, în căutarea necunoscutului. Medicul nu va prescrie niciodată căsătoria dar, dacă într-o zi va trebui să o facă, el îşi va aminti că Franţa are nevoie de copii şi nu de idioţi".

După câteva rânduri destul de evazive asupra aplicărilor medico-legale şi a posibilităţilor impulsiei criminale, autorul conchide că nouă din zece cazuri nu reprezintă o necesitate de palsare în azil. Din contra, ideile de sinucidere, tentativele de moarte voluntară nu sunt foarte rare, impunând o supraveghere atentă şi devotată.

"În viitor, se vor realiza noi observaţii clinice şi capitolul nevrozei va putea fi edificat puţin câte puţin, căci ştiinţa nu este opera unei zile: ea este fiica timpului".

JULES FALRET, Societatea medico-psihologică
(Şedinţa din 8 ianuarie 1866)
Discuţie asupra nebuniei raţionale

„... Această întrebare - manie fără delir, nebunie morală sau nebunia actelor "este una dintre cele mai vaste şi mai dificile". După dizertaţiile asupra problemei "izolării sau solidarităţii facultăţilor umane", el abordează problema limitelor raţiune-nebunie: cum se distinge alienatul de omul raţional? El analizează trei criterii posibile:

1. Pierderea (sau păstrarea) liberului arbitru: imposibil de definit, inacceptabil şi fără utilitate

2. Conştiinţa tulburării, a stării maladive, criteriu fragil căci:

- "omul raţional poate adesea să nu recunoască la el existenţa unei stări morbide care însă, nu scapă celor din jur şi, din punct de vedere psihic, el nu recunoaşte aproape niciodată erorile sale ..."

- "un mare număr de indivizi afectaţi mental sunt perfect conştienţi de starea lor, luptă cu energie împotriva tendinţelor maladive, a impulsiunilor sau ideilor delirante care li se impun, în ciuda lor însăşi, alienaţi care se alarmează şi suferă din cauza stării lor maladive fără a putea, cu toate acestea, să reuşească şi care sunt, moral, ceea ce sunt ipohondriacii, fizic ..."

3. Cel mai bun criteriu: compararea individului bolnav cu el însuşi la diferite epoci ale existenţei sale. "Există într-adevăr, indivizii predispuşi nebuniei chiar de la naştere, a cărora boală îşi are sursa la ascendenţi, şi care, din primii ani ai existenţei lor, manifestă în ideile, sentimentele şi gândurile lor particularităţile cu adevărat notabile, bizarerii atât de pronunţate încât se disting deja de ceilalţi copii de aceeaşi vârstă şi sunt marcaţi din copilărie de stigmatul de neşters al nebuniei. Medicul specialist recunoaşte imediat la aceşti copii, semnele depredispoziţiei la această maladie ...". El indică dezvoltarea progresivă a stării morbide în cursul existenţei şi imposibilitatea de a recurge la criteriul a ceea ce se va numi "fractură psihotică", transformarea procesuală a personalităţii, în aceste cazuri de "nebunie raţională" ("pseudomonomanii" după Delasiauve).

În capitolul 2, numit "parte patologică sau clinică", el face inventarul etapelor disparate şi reunite în clasa nebuniilor raţionale: 1. exaltarea maniacală; 2. perioada de exaltare precedând explozia paraliziei generale; 3. nebunia isterică; 4. ipohondria morală cu conştiinţa stării sale; 5. "alături .. există o altă varietate de delir parţial care merită detaşat de grupul extrem de vast al nebuniilor raţionale, denumit alienare parţială cu predominanţa fricii de contactul cu obiectele exterioare ..."

"Fondul veritabil al acestei maladii constă dintr-o dispoziţie generală a inteligenţei de a reveni mereu asupra aceloraşi idei sau acte, nevoia continuă de a repeta aceleaşi cuvinte sau a face aceleaşi acţiuni, fără a reuşi vreodată sa fie satisfăcut sau convins, chiar de evidenţă. Aceşti bolnavi se află într-o stare de ezitare interioară continuă ... Tatăl meu a propus ca această stare mentală să fie denumită "boala îndoielii" pentru a rezuma faptul psihologic principal care reprezintă elementul de bază".

"Ideiile delirante care îi preocupă pe aceşti bolnavi pot varia continuu, în funcţie de persoane, de mediul în care trăiesc sau de împrejurarea în care a apărut această dispoziţie maladivă, dar, odată ce spiritul acestor bolnavi s-a ataşat anumitor idei particulare, acestea devin preocuparea lor dominantă de-a lungul a luni de zile sau ani, şi munca intelectuală, concentrată în jurul acestor idei principale şi a derivatelor lor, multiplică succesiv delirul prin delir şi antrenează consecinţele intelectuale şi actele care se aseamănă la diferiţi bolnavi, în ciuda diversităţii concepţiilor lor delirante predominante".

"Astfel, unii dintre aceşti alienaţi, chinuiţi de scrupule religioase, îşi reproşează, fără încetare, ideile care apar spontan în mintea lor sau actele cele mai nesemnificative din viaţa lor, petrecându-şi timpul în a repata mental reproşurile pe care şi le adresează ei înşăşi. Alţii sunt, în mod constant, preocupaţi în a alunga anumite serii de idei sau în a reţine altele care tind să scape memoriei lor. Ceilalţi, şi aceştia reprezintă cel mai mare

număr, sunt în mod continuu înfricoşaţi de a atinge obiectele exterioare cu mâinele, cu diferite părţi ale corpului sau chiar cu hainele lor, căci ei se îndoiesc că aceste obiecte nu sunt murdare sau nu conţin substanţe dăunătoare ... În sfârşit, unora le este teamă de câini şi în special, de câinii turbaţi. Aceşti bolnavi sunt dominaţi de temeri diferite, care există ziua şi noaptea, care se manifestă sub forme penibile împiedicându-l să-şi trăiască viaţa sau să îndeplinească actele pe care toţi le îndeplinesc în fiecare moment. Astfel, ei îşi petrec o mare parte din timp pentru a-şi face toaleta, pentru a decide să se aşeze la masă şi se tem chiar să ducă alimentele la gură. Le este teamă să meargă pentru a nu atinge pământul cu picioarele: evită vecinătatea altor persoane pentru a nu fi obligaţi să dea mâna sau s-i atingă cu hainele; într-un cuvânt, ei fug de contactul cu obiectele exterioare; în sfârşit, ei nu consimt să atingă soneria de la uşă decât cu condiţia să se servească de mănuşă sau de pulpana hainei; obiectele metalice le repugnă cel mai mult".

"Când nu avem confidenţele acestor bolnavi, nu ne putem face o idee exactă asupra multiplelor temeri pe care le crează imaginaţia lor delirantă şi asupra consecinţelor variate pe care le antrenează în viaţa de toate zilele ... Dacă involuntar, ei ating un obiect oarecare cu mâinile sau cu o parte a hainelor, vor fi obligaţi să renunţe la aceste haine sau să se spele pe mâini, petrecând astfel o mare parte din timp cu spălări tot timpul reâncepute. De aici, apariţia de noi îndoieli, de noi perplexităţi şi noi încetineli în executarea tuturor actelor. Îşi vorbesc, tot timpul, lor înşişi, mental sau mişcând buzele, îşi repetă aceleaşi cuvinte sau idei pentru a se convinge că obiectele atinse nu sunt dăunătoare sau că spălările au fost suficiente; nemulţumiţi de a-şi vorbi singuri, ei repetă persoanelor care trăiesc cu ei, aceleaşi cuvinte, aceleaşi fraze, pentru că asigurarea repetată, dată de celălalt, le pare că are o valoare mai mare decât propria lor afirmaţie".

"Aceşti bolnavi au o conştiinţă perfectă a stării lor; ei recunosc absurditatea temerilor lor şi încearcă să li se sustragă dar nu reuşesc, şi revin mereu la aceleaşi idei şi la aceleaşi acţiuni. Atât timp cât boala nu este foarte veche şi nu a ajuns la ultimele ei perioade, ei pot încă, să-şi păstreze în public toate aparenţele judecăţii şi, dacă ei nu ar mărturisi singuri, nimeni nu ar putea să se îndoiască de faptul că în ei are loc, paralel, o dublă muncă intelectuală, una exterioară, la care este martor, şi cealaltă interioară, care nu are ca spectator decât intimitatea conştiinţei. Această muncă cere un consum excesiv de forţă nervoasă şi intelectuală, dă loc la o suferinţă morală dintre cele mai penibile şi totuşi, fie datorită surexcitaţiei maladive, fie prin efectul obişnuinţei, sistemul nervos sfârşeşte prin a se adapta la această pierdere de forţă exagetată şi bolnavii rezistă, adeseori timp de luni sau chiar ani de zile, la această muncă nesfârşită, fără ca sănătatea lor fizică să fie zdruncinată şi fără ca înteligenţa să fie diminuată. Este remarcabil că această stare mentală, care adesea se prelungeşte pe toată perioada vieţii, cu alternativele neregulate de paroxisme şi remisiuni uneori foarte pronunţate, nu duce niciodată la demenţă".

"Această varietate de afecţiune mentală este mai frecventă decât ne imaginăm: se observă, mai curând, în practica civilă decât în azilele de alienaţi, unde aceşti bolnavi sunt izolaţi ... Ea apare adesea ca urmare a unei modificări notabile a stării de sănătate fizică, după o boală generală, ca febra tifoidă sau holera, şi în multe cazuri ea datează din perioada pubertăţii. În general, bolnavii pot ei înşişi să precizeze momentul debutului. Afecţiunea mentală apare ca urmare a unei împrejurări determinate, care imprimă bolii caracterul său particular şi devine, de obicei, originea ideii predominante. Această afecţiune este mai comună la femei, deşi este observată şi la bărbaţi. De obicei, este legată de constituţia generală a individului, ereditară sau congenitală. În general, este însoţită de simptome fizice şi în particular, de fenomene de isterie sau ipohondrie ...".

ANEXA - II

Tulburarea obsesivo-compulsivă este caracterizată după cum urmează:

„Elementul esenţial al acestei tulburări îl constituie obsesiile sau compulsiile suficient de severe pentru a cauza o detresă marcată, a răpi timp, sau a interfera semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu activitatea profesională ori activităţile sociale uzuale, sau cu relaţiile cu alţii.

Obsesiile sunt idei persistente, gânduri, impulsuri sau imagini care sunt experimentate, cel puţin iniţial, ca intrusive şi fără sens, de exemplu, un părinte având impulsuri repetate de a-şi ucide copilul adorat, sau o persoană religioasă având gânduri blasfemiante recurente. Persoana încearcă să ignore sau să suprime astfel de gânduri sau impulsuri ori să le neutralizeze cu alte gânduri sau acţiuni. Persoana recunoaşte că obsesiile sunt produsul propriei sale minţi, şi că nu-i sunt impuse din afară (ca-n delirul de inserţie a gândurilor).

Cele mai comune obsesii sunt gândurile repetitive de violenţă (de exemplu, uciderea propriului copil), de contaminare (de exemplu, a se infecta prin strângerea mâinii cuiva) şi dubitaţia (de exemplu, verificările repetate dacă a făcut cutare sau cutare act, cum ar fi dacă a vătămat pe cineva într-un accident de circulaţie).

Compulsiile sunt comportamente repetitive, premeditate şi intenţionale care sunt executate ca răspuns la o obsesie, după anumite reguli, sau de o manieră stereotipă. Comportamentul este destinat să neutralizeze sau să prevină disconfortul ori vreun eveniment sau situaţie temută. Activitatea însă nu este conectată în mod realist cu ceea ce este destinată să neutralizeze sau să prevină, ori ea este net excesivă. Actul este efectuat cu sentimentul de compulsiune subiectivă, care este cuplată cu dorinţa de a rezista compulsiei (cel puţin iniţial). Persoana recunoaşte că comportamentul său este excesiv sau iraţional (aceasta poate să nu fie adevărat pentru copii mici şi poate să nu mai fie adevărat de mult timp pentru oamenii ale căror ale căror obsesii s-au transformat în idei prelevante) şi nu mai procură plăcere din realizarea activităţii, deşi aceasta asigură o uşurare a tensiunii. Cele mai frecvente compulsiuni implică spălatul mâinilor, număratul, verificarea şi atingerea.

Când persoana încearcă să reziste compulsiunii, apare o senzaţie de creştere a tensiunii, care poate fi uşurată imediat prin cedarea la compulsiune. În cursul maladiei, după eşecuri repetate în tentative de a rezista compulsiunilor, persoana poate ajunge în situaţia de a nu mai invoca de mult dorinţa de a le rezista.

Elemente asociate. Depresia şi anxietatea sunt comune. Frecvent există o evitare a situaţiilor care implică conţinutul obsesiilor cum ar fi murdăria sau contaminarea. De exemplu, o persoană cu obsesii în legătură cu murdăria poate evita latrinele publice; o persoană cu obsesii în legătură cu contaminarea poate evita să dea mâna cu străinii.

Etatea de debut. Deşi tulburarea începe de regulă în adolescenţă sau de timpuriu timpuriu în viaţa adultă, ea poate debuta şi-n copilărie.

Evoluţie. Evoluţia este de regulă cronică, cu atenuarea şi intensificarea simptomelor.

Deteriorarea. Deteriorarea este adesea moderată sau severă. În unele cazuri, a acţiona conform compulsiunilor poate deveni activitatea majoră a vieţii.

Complicaţii. Complicaţiile includ depresia majoră şi abuzul de alcool şi anxiolitice.

Factori predispozanţi. Nici o informaţie.

Prevalenţă. Deşi tulburarea era considerată anterior a fi relativ rară în populaţia generală, studii comunitare recente indică faptul că formele uşoare ale tulburării pot fi relativ frecvente.

Rata sexului. Tulburarea este la fel de frecventă la bărbaţi şi la femei.

Diagnostic diferenţial. Unele activităţi, cum sunt **mâncatul (de exemplu, tulburările de alimentare), comportamentul sexual (de exemplu, parafiliile), jocul de şansă (de exemplu, jocul de şansă patologic),** sau **băutul (de exemplu, dependenţa sau abuzul de alcool), când devin excevive** pot fi denumite "compulsive". Aceste activităţi însă nu sunt compulsiuni adevărate, deoarece persoana îşi procură plăcere dintr-o anumită activitate şi poate dori să-i reziste numai din cauza consecinţelor sale deletere secundare.

Într-un episod depresiv major, **ruminaţia obsesivă** în legătură cu circumstanţele potenţial neplăcute, sau în legătură cu acţiunile alternative posibile, este comună. Aceste simptome sunt lipsite însă de calitatea de a fi experientate ca fiind fără sens pentru că, în general, persoana consideră ideaţia sa ca semnificativă, deşi posibil excesivă. De aceea, acestea nu sunt obsesii adevărate.

În unele cazuri de tulburare obsesivo-compulsivă, obsesia devine idee prevalentă, ca de exemplu, convingerea aproape imuabilă că respectivul contaminează alţi oameni. Astfel de idei prevalente pot fi bizare şi sugerează **schizofrenia.** Cu toate acestea, persoana cu tulburare obsesivo-compulsivă şi care are o idee prevalentă, de regulă după o discuţie considerabilă, poate admite posibilitatea lipsei de fundament a convingerilor sale. Persoana cu o idee delirantă adevărată, din contra, are de regulă o convingere fixă care nu poate fi zdruncinată.

În **schizofrenie**, comportamentul stereotip este comun, dar el se datoreşte de regulă, mai repede ideilor delirante decât compulsiunilor adevărate. Însă, în unele cazuri de tulburare obsesivo-compulsivă pot exista idei delirante bizare şi alte simptome, fără legătură cu tulburarea care justifică diagnosticul adiţional de schizofrenie.

La unii oameni cu **tulburarea Tourette**, un diagnostic asociat este tulburarea obsesivo-compulsivă.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea obsesivo-compulsivă

Fie obsesii sau compulsii:

Obsesiile: (1), (2), (3) şi (4):

(1) idei, gânduri impulsiuni, sau imagini recurente şi persistente, care sunt experientate, cel puţin iniţial, ca intrusive şi fără sens, de exemplu, un părinte care are impulsuri repetate de a-şi ucide copilul adorat, sau o persoană religioasă care are gânduri blasfemiante recurente

(2) persoana încearcă să ignore sau să suprime astfel de gânduri sau impulsuri, ori să le neutralizeze printr-un alt gând sau altă acţiune

(3) persoana recunoaşte că obsesiile sunt produsul propriei sale minţi şi că nu sunt impuse din afară (ca în inserţiea gândurilor)

(4) dacă este prezentă o altă tulburare de pe axa I, conţinutul obsesiilor nu are nici o legătură cu aceasta, de exemplu ideile, gândurile, impulsiunile, sau imaginile nu se referă la mâncare, în prezenţa unei tulburări de alimentare, la droguri, în prezenţa unei tulburări cauzate de uzul de substanţă psihoactivă, sau de ideile de culpă, în prezenţa unei depresii majore

Compulsiile: (1), (2) şi (3):

(1) comportamente repetitive, premeditate şi intenţionale care sunt executate ca răspuns la o obsesie, sau conform anumitor reguli ori de o manieră stereotipă

(2) comportamentul este destinat să neutralizeze sau să prevină disconfortul ori un eveniment sau situaţie temută, însă activitatea nu este conectată în mod realist cu ceea ce este desemnată să neutralizeze ori să prevină, sau este clar excesivă

(3) persoana recunoaşte că comportamentul său este excesiv sau iraţional (aceasta poate să nu fie adevărat pentru copii mici şi, de asemenea, poate să nu mai fie de mult adevărat pentru oamenii ale căror ale căror obsesii s-au transformat în idei prelevante)". (DSM - III - R)

ANEXA III

Tulburarea obsesiv-compulsivă

„Trăsătura esenţială este gânduri obsesionale sau acte compulsive recurente. (Pentru scurtare, "obsesional" va fi utilizat de aici înainte în locul lui "obsesivo-compulsiv" când se referă la simptome). Gândurile obsesionale sunt idei, imagini sau impulsuri care intră în gândul subiectului mereu, în formă stereotipă. Ele sunt aproape invariabil supărătoare (deoarece ele sunt violente sau obscene sau doar pentru că ele sunt percepute ca lipsite de sens) şi subiectul adesea încearcă, fără succes, să reziste lor. Ele sunt totuşi recunoscute ca gânduri proprii subiectului deşi ele sunt involuntare şi adesea repugnate. Actele compulsive sau ritualurile sunt comportamente stereotipe care sunt repetate mereu şi mereu. Ele nu sunt inerent plăcute şi nici nu rezultă în îndeplinirea unor sarcini utile inerente. Pacientul adesea le vede pe ele ca prevenind unele evenimente improbabile obiectiv, adesea implicând dăunare la, sau cauzată de subiect. De obicei, deşi nu inveriabil, acest comportament este recunoscut de subiect ca fără sens şi ineficient şi repetate încercări sunt făcute pentru a-i rezista; în cazurile de foarte lungă durată, rezistenţa poate fi minimă. Simptomele anxietăţii somatice sunt adesea prezente dar sentimentele supărătoare (ce provoacă suferinţă) de tensiune internă sau psihică fără o "deşteptare" vegetativă evidentă este deasemenea comună. Există o strânsă legătură între simptomele obsesionale, în special gândurile obsesionale, şi depresie. Pacienţii cu tulburări obsesivo-compulsive adesea au simptome depresive şi pacienţii ce suferă de tulburare depresivă recurentă pot dezvolta gânduri obsesionale în timpul episoadelor lor de depresie. În ambele situaţii, creşterea sau descreşterea în severitate a simptomelor depresive este, în general, acompaniată de schimbări paralele în severitatea simptomelor obsesionale.

Tulburarea obsesivo-compulsivă este în egală măsură comună la bărbat şi la femeie şi există adesea trăsături anankaste proeminente în personalitatea de substrat. Debutul este de obicei în copilărie şi în viaţa adultă timpurie. Mersul evoluţiei este variabil şi mai probabil să fie cronic, în absenţa simptomelor depresive semnificative.

Ghidaj diagnostic.

Pentru un diagnostic cert simptomele obsesionale sau actele compulsive, sau ambele, trebuie să fie prezente majoritatea zilelor pentru cel puţin două săptămâni în şir, şi să fie o sursă de suferinţă sau să interfereze cu activităţile. Simptomele obsesionale trebuie să aibe următoarele caracteristici:

1. ele trebuie să fie recunoscute ca gânduri sau impulsuri proprii pacientului;

2. trebuie să fie cel puţin un gând sau un alt act la care încă a rezistat cu succes, deşi pot fi prezente altele la care pacientul nu mai rezistă;

3. gândul sau executarea actului nu trebuie să fie plăcut în el însuşi (simpla ameliorare, potolire a tensiunii sau anxietăţii nu e privită ca plăcută, în acest sens);

4. gândurile, imaginile sau impulsurile pot fi, în mod neplăcut, repetitive.

Include: - nevroza obsesiv-compulsivă
- nevroza obsesională
- nevroza anankastică.

Diagnosticul diferenţial între tulburarea obsesivo-compulsivă şi o tulburare depresivă poate fi dificil deoarece aceste două tipuri de simptome destul de frecvent apar împreună. Într-un episod acut al tulburării, trebuie acordată precedenţă aceluia ale cărui simptome se dezvoltă primele; când ambele sunt prezente dar niciuna nu predomină este de obicei cel mai bine de a considera depresia ca primară. În tulburările cronice trebuie să primească prioritate acela a cărui simptome persistă cel mai frecvent în absenţa celuilalt.

Deşi gândurile obsesionale şi actele compulsive, în mod comun coexistă este util de a putea specifica unul din ele ca predominant la unii pacienţi, deoarece ei pot răspunde la tratamente diferite.

Predominant, gânduri sau ruminaţii obsesionale.

Acestea pot lua forma ideilor, imaginilor mentale sau impulsurilor la act. Ele sunt foarte variabile în conţinut, dar aproape întotdeauna provoacă suferinţa subiectului. O femeie poate fi chinuită de exemplu, de teama că ea ar putea fi, eventual, incapabilă să reziste unui impuls de a ucide pe copilul pe care-l iubeşte sau de calitatea obscenă sau blasfemiatorie şi străină Eu-lui a unei imagini mentale recurente. Uneori ideile sunt mai degrabă inutile, implicând consideraţii nesfârşite şi cvasi-filosofice asupra unor alternative imponderabile. Această considerare indecisă a alternativelor este un element important în multe alte ruminaţii obsesive şi este adesea asociată cu o incapacitate de a lua decizii banale dar necesare în viaţa de zi cu zi.

Relaţia între ruminaţiile obsesive şi depresie este strânsă în mod special; un diagnostic de tulburare obsesivo-compulsivă trebuie preferat numai atunci când ruminaţia ia naştere şi persistă în absenţa tulburării depresive.

Predominant acte compulsive (ritualuri obsesive).

Majoritatea actelor compulsive se referă la curăţenie (mai ales spălatul mâinilor), verificări repetate pentru a se asigura dacă o situaţie potenţial periculoasă nu are posibilitatea să se dezvolte sau la regularitate şi ordine. Substratul comportamentului manifest este o frică, de obicei privind un pericol relativ sau cauzat de subiect, şi actul ritual este o încercare ineficace dar simbolocă de a îndepărta acest pericol. Actele rituale compulsive pot ocupa mai multe ore, în fiecare zi şi sunt uneori asociate cu o marcată indecizie şi lentoare. În ansamblu ele sunt comune în mod egal ambelor sexe, dar ritualurile de spălare pe mâini sunt mai comune la femei, lentoarea fără repetiţie mai comune la bărbaţi.

Actele rituale compulsive sunt mai puţin strâns asociate cu depresia, decât gândurile obsesionale şi sunt mai prompt accesibile terapiilor comportamentale.

Mixte, gânduri şi acte obsesionale.

Majoritatea pacienţilor obsesivo-compulsivi au elemente atât ale gândirii obsesionale, cât şi ale comportamentului compulsiv. Această subcategorie va fi utilizată dacă cel două sunt în mod egal proeminente, aşa cum e cazul frecvent, dar este util să se specifice numai unul dacă el este clar predominant, deoarece gândurile şi actele pot răspunde la tratamente diferite.

Alte tulburări obsesivo-compulsive.

Tulburarea obsesivo-compulsivă, nespecificată."(I.C.D.-10- OMS)

BIBLIOGRAFIE

1. Alder, A. - *Cunoaşterea omului*, Edit. IRA, Bucureşti, 1996.
2. Alliez, B. - Nevroses obsésionnelle - *Sem. des Hopitaux de Paris, 29, 2039, 1974.*
3. Ajuriaguerra, J de, - *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Edit. Masson, 1977.
4. Anohin, P. - *Biologie et Neurophysiologie du réflexe conditionné*, Edit. Mir, Mascou, 1975.
5. Anty, M. C. - *Psychiatrie à l'usage de l'équipe médico-psychologique*, Edit. Masson, Pris, 1977.
6. Baillarger - *Manomanie avec conscience*. Arch. clin. des malad. ment. et nerv. Masson, Paris, 1861, p. 140.
7. Ball, Les impulsions intellectuelles, *L'Encephale, 1881, p. 26.*
8. Becache, A., Bergeret, J. - Obsessions et psychose - *Confr. psychiat.*, 20, 203-227, 1981.
9. Belciugăţeanu, C. - Cadrul şi diagnosticul nevrozei obsesionale - *Viaţa medicală, 10, 659, 1967.*
10. Badiu Gh., Papari, A. - *Controlul nervos al funcţiilor organismului*, Edit. Fundaţiei Andrei Şaguna, Constanţa, 1995.
11. Baruk, H. - *Traité de psychiatrie*, 2 vol. Edit. Masson, Paris, 1959.
12. Baxter L. R. şi colab. - *Arch. gen. psychiatry, 1987, 44, 211-218.*
13. Brânzei, P. - *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iaşi, 1975.
14. Comings, D. E., Comings, B. G. - Clinical and genetic relationships between autism - pervasive developmental disorders and Tourette syndrome. A study of 19 cases. *American Journal of Medical Genetics, 1991, 39, 180-191.*
15. Cumings, J. L., Cunningham, K. - Obsesive-compulsive disorders în Huntington's disease - *Biological Psychiatry*, 1992, 31, 263-270.
16. Carlson, N. R. - *Physiology of Behavior*, Edit. Ally and Bacon - Boston, 1994.
17. Chaslin, Ph., *Élements de sémiologie clinique mentales*, Edit. Asselin et Houzeau, Paris, 1922.
18. Cottereau, M. J. - Historiques des nevroses - *La Revue de Medicine*, 13, 903, 1975.
19. Delay, J., Pichot, P. - *Abrégé de psychologie*, Edit. Masson, Paris, 1976.
20. Deshaies G. - *Psychopathologie générale*, P.U.F. - 1967.
21. Diatkine, G. - Les obsessions chez l'enfant - *Confrontations psychiatriques, 20, 57-90, 1981.*
22. Dugas, M., Smadja, B. - *Rev. Prat., 1980, T XXX, 17, 1085-1094.*

23. Dwelshauvers, G. - *L'inconscient*, Edit. Flammarion, Paris, 1919.
24. Ey, H. - *Etudes Psychiatriques*, T II, Edit. Desclée de Brouwer, Paris, p. 163-218; 433-481.
25. Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. - *Manuel de Psychiatre*, Edit. Masson, Paris, 1978.
26. Ey, H. - *Traité des Hallucinatios, tII 860-874*, Edit. Masson, Paris.
27. Esquirol, J. E. D. - *Des Maladies, Mentales*, Paris, Edit. Baillière, 1838.
28. Folstein, S. E., Piven, J. - Autism: Genetic influences - *Pediatrics, 1991, 87, 767-773.*
29. Freud, Ana - *Le Moi et les Mécanismes de defense, Paris, P.U.F.*
30. Freud, S. - Obsession et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie - *Revue Neurologique, III, 2, 33-38, 1895.*
31. Freud, S. - Le refoulement in: *Métapsychologie, Paris, P.U.F.*
32. Garber, H. J., Ritvo, E. R. - Magnetic resonance imaging of the posterior fosa in autistic adults - *Amer. Journ. of Psychiatry, 1992, 149, 245-247.*
33. Ghiliarovski, V. A. - *Psihiatria*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1956.
34. Goldman, H. H. - *Review of general psychiatry* - Middle East Edition, Edit. Libraire du Liban; Appelton and Lange, Norwalk - Pas Atlos, 1992.
35. Green, A. - Obsessions et psychonevrose obsessionnelle - *Encycl. Méd. Chir. - Psychiatrie, 5, 1965, 37370, A^{10}-D^{10}.*
36. Guiraud, P. - *Psychiatrie clinique*, Edit. le Trancois, Paris, 1956.
37. Hochmann, J. - *Cours de psychiatrie*, Lyon, 1977.
38. Hollander, E. şi colab. - Signs of central nevrous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder *Arch. of. General Psychiatry, 1990, 47, 27-32.*
39. Horney, K. - *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, Edit. IRI, Bucureşti, 1996.
40. Ionescu, G. - *Psihosomatica*, Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1975.
41. Ionescu, G. - *Psihoterapie*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1990.
42. Janet, P. - *Les obsésions et la psychastenie*, Edit. Alcan, Paris, 1908.
43. Janet, P. - *Les nevroses*, Edit. Flammarion, Paris, 1934.
44. Jasper, K. - Psychopathologie generale, Edit. Alcan, Paris, 1928.
45. Jones, M. - Hipoglicemia in the neuroses. *Brit. Med. J., 1935, 16, 945-946.*

46. Jung, C. G. - *La théorie psychanalitique*, Edit. Montaigne, Paris, 1912.
47. Jung, C. G. - *Puterea sufletului* - 4 volume, Edit. Amima, Bucureşti, 1994.
48. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. - *Pocket handbook of Clinical Psychiatry*, Edit. Williams and Wilkins, Baltimore, 1990.
49. Kendel, R. E., Zealley, A. K. - *Companion to psychiatric studies*, Edit. Churchill Livingstone, Edinburg, 1988.
50. Kerbikov, O. şi colab. - *Psichiatrie*, Edit. Mir. Moscun, 1968.
51. Kalb, C. L. - *Modern Clinical Psychiatry*, Edit. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1968.
52. Kraepelin, E. - *Introduction à la psychiatrie clinique*, Navarin Éditeur, France, 1984.
53. Ladouceur, R., Carrier, C. - Approche comportamentale des obsessions *Confr. psychiatr*, 20, 267-297, 1981.
54. Lafon, R. şi colab. - *Vocabulaire de psychopèdagogie et de psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., Paris, 1963.
55. Laplanche, J., Pontalis, J. B. - *Vocabulaire de la Psychanalise*, P.U.F., 1976.
56. Lăzărescu, M. - *Patologia obsesivă*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1973.
57. Lémperiere, Th., Feline, A. - *Psichiatrie de l'adulte*, Edit. Masson, Paris, 1977.
58. Leonard, H. L. şi colab. - A double - blind comparison of clopramine and desipramine treatment of severe onychophgia (nail biting). *Archives of General Psychiatry, 1992, 48, 821-827.*
59. Leonard, H. L. şi colab. - Tics and Tourette's disorder: A 2 - to 7 - year follow - up of 54 obsesiv-compulsive children - *Amer. Journ. of Psychiatry, 1992, 149, 1244-1251.*
60. Leonard, K. - *Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură.* Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1979.
61. Loo, P., Eloy, G., Duflat, J. P. - Les neuroses, *Ann. med. psychal*, 1957, 2, 4, 663-664.
62. Marchais, P. - *Introduction à la psychiatrie théorique*, Edit. Masson, Pris, 1971.
63. Marks, I. M. şi colab. - *Br. J. Psychiatry, 1988, 152, 522-534.*
64. McGlynn, T. J., Metcalf, M. L. - *Diagnosis and treatement of anxiety disorders*, Edit. Amer. Psych. Press, 1984.
65. Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. - *Clinical Psychiatry*, London, 1960.
66. Michaux, L. - *Psychiatrie*, Edit. Flammarion, Paris, 1970.
67. Morel, M. - *Du délire emotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscèral*, Arch. Gen. de Méd., 1866, 7, 385, 530, 700.

68. Oancea, C. - Nevroza obsesivo-fobică - în V. Predescu, *Psihiatrie, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.*
69. Olaru, A. - *Introducere în psihiatria practică*, Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1990.
70. Paillas, J. E. - Reflections sur la psychochirurgie dans le traitment de la névrose obsesionnelle - *Sem. des Hôpt. de Paris, 15, 944, 1971.*
71. Pamfil, Ed., Ogodescu, D. - *Nevrozele*, Edit. Facla, Timişoara, 1974.
72. Pavelcu, V. - *Metamorfozele lumii interioare*, Edit. Junimea. Iaşi, 1976.
73. Pavelcu, V. - *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii* - Edit. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982.
74. Pelycier, Y. - *Guide Psychiatrique pour le praticien* - Edit. Masson, Paris, 1978.
75. Pélicier, Y. - *Histoire de la psychiatrie* - P.U.F., Paris, 1972.
76. Pitres, A., Regis, E. - *Les obsessions et les impulsions*, Edit. Doin, Paris, 1902.
77. Popoviciu, L., Haulică, I. - *Patologia sistemului nervos vegetativ* - Edit. Medicală, Bucureşti, 1982.
78. Porot, A. - *Manuel alphabetique de psychiatrie* ... P.U.F. Paris, 1969.
79. Portnov, A. A., Fedotov, D. D. - *Psychiatry*, Mir Publisher, Moscow, 1969.
80. Postel, J. - *Dictionaire de psychiatrie et de psychopatologie clinique.* Edit. Larousse, Paris, 1993.
81. Predescu, V., Ionescu, Gh. - *Semiologia* în V. Predescu, Psihiatrie, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
82. Predescu, V. - *Psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
83. Pujol, R., Savy, A. - Clinique des obsessions - *Confr. psychiatr., 20, 35-57, 1981.*
84. Ralea, M. - *Explicarea omului*, Edit. Minerva, Bucureşti, 1996.
85. Rădulescu-Motru, C. - *Curs de psihologie*, Bucureşti, 1923.
86. Regis, E. - *Precis de psychiatrie*, Edit. Doin, Paris, 1923.
87. Ribot, Th. - *Logica sentimentelor*, Edit Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1988.
88. Ribot, Th. - *Patologia Personalităţii*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1996.
89. Russell, C. F. M., Hersov, L. A. - *The neuroses and personality disorders* in: *Handbook of psychiatry, 4.* Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
90. Scharfatter, Chr. - *General psychopathology* - Cambridge University Press, London, 1980.
91. Schneider, K. - *Psychopatologie clinique*, Edit. Nauwelaerts - Paris, 1957.

92. Secenov, I. M., Pavlov, I. P., Vvedenski N. E. - *Fiziologia sistemului nervos*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1956, vol. I, II, III, IV.
93. Sèglas, J. - *Leçons cliniques*, Edit, Asselin et Houzeau, Paris, 1895.
94. Sîrbu, Aurelia - *Psihiatrie clinică*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
95. Slater, P. - Scores of different types of neurotic on tests of intelligence. *British Journal of Psychology*, 1945, 3, 40-42.
96. Snejnevski, A. V. (sub red) - *Ruscovodstvo po psihiatrii*, 2 vol., Edit. Mediţina, Moscow, 1983.
97. Swedo, S. şi colab. - High prevalence of obsessive compulsive symptoms in patients with Sydenham's coreea. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 246-249.
98. Swedo, S. E. şi colab. - Cerebral glucose metabolism in childhood - onset obsessive - compulsive disorder. *Achives of General Psychiatry*, 1989, 46, 518-523.
99. Şelaru, M. - *Halucinaţiile*, Edit. Glasul Bucovinei, 435 p., Iaşi, 1993.
100. Şelaru, M. - *Idei delirante şi deliruri*, Edit. Glasul Bucovinei, 325 p., Iaşi, 1993.
101. Şelaru, M. - *Isteria sau Nevroza de conversiune şi nevroza disociativă*, Edit. Glasul Bucovinei, 375 p., Iaşi, 1993.
102. Şelaru, M. - *Drama discordanţei psihice*, Edit. Moldova, 262 p., Iaşi, 1993.
103. Şelaru, M. - *Crizele epileptice*, Edit. Dosoftei, 422 p., Iaşi, 1994.
104. Şelaru, M. - *Hipnoza vol.I - Istoric, concepţii*, 251 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
105. Şelaru, M. - *Hipnoza vol.II - Metode şi tehnici*, 348 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
106. Şelaru, M. - *Polivalenţa condiţiei umane - Temperamentele*, 258 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
107. Şelaru, M., Donciu, Dorina, Boişteanu, P. - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia*, vol.I, 160 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
108. Şelaru, M., Boişteanu, P., Donciu, Dorina - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia*, vol.II, 228 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
109. Şelaru, M., Donciu, Dorina - Personalităţi patologice, vol.I, 280 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
110. Şelaru, M., Donciu, Dorina - *Personalităţi patologice, vol.II*, 208 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
111. Şelaru, M., Burlui V. - *Psihopatologie şi literatură - Paradoxurile normalităţii psihice (I)* - 80 p., Edit. Apollonia, 1997.

112. Şelaru, M. - Nevroza fobică (sub tipar), Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
113. Tellenbach, H. - *Melancolie*, P.U.F., 1979.
114. Trethowan, W. S., Sims, A. C. P. - *Psychiatry*, Edit. Baillière Tindal, London, 1983.
115. Vianu, I. - *Introducere în psihoterapie*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1975.
116. Wallon, H. - *Les origines du caractere chez l'enfant*, P.U.F., Paris, 1970.
117. Westphal, C. - Zwangsvorstellungen - *Arch. Psychiat. Nervenk, 1878, 8, 734.*
118. Woodruff, F., Pitts, F. - Monozygotic twins with obsessional illness *American Journal of Psychiatry*, 1963, 5, 255-263.
119. xxx - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* - Edit. Asoc. Psihiatr. Liberi România, Bucureşti, 1993.
120. xxx - I. C. D.- 10 - OMS, Geneva.

Tipărit sub comanda
S.C. „Dosoftei" S.A. Iași
str. Sf. Lazăr nr. 49

De același autor :

1. Șelaru, M. — *Comportamentul sexual aberant*, 366 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.
2. Șelaru, M. — *Halucinațiile*, 435 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
3. Șelaru, M. — *Idei delirante și deliruri*, 325 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
4. Șelaru, M. — *Isteria sau Nevroza de conversiune și nevroza disociativă*, 375 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
5. Șelaru, M. — *Drama discordanței psihice*, 262 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.
6. Șelaru, M. — *Crizele epileptice*, 422 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1994.
7. Șelaru, M. — *Hipnoza, vol. I, 251 p., Istoric, concepții*, Edit. Moldova, Iași, 1996.
8. Șelaru, M. — *Hipnoza, vol. II, 348 p., Metode și tehnici*, Edit. Moldova, Iași, 1996.
9. Șelaru, M. — *Polivalența condiției umane — Temperamentele*, 258 p., Edit. Dosoftei, 1996.
10. Șelaru, M. Donciu Dorina, Boișteanu P. — *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol. I*, 160 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
11. Șelaru, M., Boișteanu P., Donciu Dorina — *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol. II*, 228 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
12. Șelaru, M., Donciu Dorina — *Personalități patologice* — vol. I, 280 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1997.
13. Șelaru, M., Donciu Dorina — *Personalități patologice* — vol. II, 208 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1997.
14. Șelaru, M., Burlui V. — *Psihopatologie și literatură — Paradoxurile normalității psihice (I)* — 80 p., Edit. Apollonia, Iași, 1997.
15. Șelaru, M. — *Nevroza fobică (sub tipar)*, Edit. Dosoftei, 1997.

Sub redacția :

16. Șelaru, M., Brânzei, P. — *Asistența bio-psiho-socială a copiilor și adolescenților cu tulburări neuropsihice*, 620 p., Iași, 1982.
17. Brânzei, P., Șelaru, M. — *Asistența medio-psiho-pedagogică a copilului și adolescentului*, 600 p., Iași.
18. Șelaru, M., Boișteanu, P., Chiriță, V. — *In memoriam P. Brânzei*, 272 p., Edit. Psihomnia, Iași, 1996.

00193
30000